

MARIANA RIBEIRO LOURENÇO

**DOENÇA MENTAL E VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR:
FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO**

Orientadora: Prof. Doutora Fátima Gameiro

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social**

**Lisboa
2022**

MARIANA RIBEIRO LOURENÇO

**DOENÇA MENTAL E VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR:
FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Riscos e Violência(s) nas Sociedades Atuais, no Curso de Mestrado em Riscos e Violência(s) nas Sociedades Atuais: Análise e Intervenção Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 20 de maio de 2022, perante o júri nomeado pelo Despacho de nomeação nº59/2022, com a seguinte composição:
Presidente: Professora Doutora Hélia Bracons Carneiro
Arguente: Professor Doutor Pedro Machado dos Santos
Orientadora: Professora Doutora Fátima Gameiro

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social**

**Lisboa
2022**

“Os sentimentos influenciam o processo mental a partir do interior e são indispensáveis devido à sua necessária positividade ou negatividade, a sua origem em ações conducentes à saúde ou à morte.”

António Damásio, 2017, p.173, in “A estranha ordem das coisas.”

“The worst part about having a mental illness is that people expect you to behave as if you don’t.”

Joker

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à Sr.^a Vereadora Carla Alves por ter permitido a realização deste estudo e pela atenção.

À Dr.^a Vanda Cardoso e Dr.^a Paula Santos por me terem aberto uma porta virtual à instituição.

À Dr.^a Joana Varanda e Dr. Henrique Lopes pela disponibilidade.

Sem vós não era, de todo, possível a realização desta investigação.

À Dr.^a Júlia Leitão, por ter acompanhado o meu percurso profissional e por ser uma referência.

À impulsionadora do meu prosseguimento de estudos, Dr.^a Nélia Feliciano. Espero ter cumprido as expetativas.

Agradeço à Doutora Fátima Gameiro por toda a paciência e resiliência ao longo deste percurso.

À minha família, os meus pais por me terem proporcionado as melhores oportunidades para estudar, evoluir e crescer. À minha irmã, por ser um exemplo de determinação.

Agradeço ao Diogo, a sua área de formação não foi um entrave ao facto de me ter ajudado muito na prossecução desta investigação e motivou-me, todos os dias.

Ao Martim, por ser um menino com uma compreensão inexplicável de termos técnicos e apesar dos seus 9 anos, também colaborou muito.

À Tânia Gabriel, à Joana Fonseca, à Marta Cartageno. Sem vós, este percurso seria muito mais solitário.

À Diana Duarte, ao Paulo Martins, ao João Fernandes, à Catarina Correia, à Ana Madaleno, pela amizade desde sempre.

À Joana Nogueira, pela empatia e conexão imediatas.

O meu muito obrigada a todas as pessoas que contribuíram que este sonho se realizasse.

Resumo

Verificam-se na literatura perspectivas díspares relativamente à dinâmica dos indivíduos com doença mental no contexto familiar, em termos de papéis de vítima e/ou agressor/a, percepção de agressividade e fatores de risco e de proteção. Para conhecer esta realidade, desenvolveu-se uma investigação com o objetivo de identificar, nos indivíduos com diagnóstico de doença mental, papéis de vítima e/ou agressor no contexto intrafamiliar, conhecer a percepção da agressividade destes indivíduos e conhecer os fatores de risco e proteção que estes indivíduos, com e sem integração em resposta social, identificam. A amostra foi constituída por vinte e seis indivíduos com diagnóstico de doença mental, oito com esquizofrenia, nove com perturbação de humor e nove com doença bipolar, com uma média de idade de 54,8 anos, dos quais doze são mulheres e catorze homens, dez encontram-se integrados em contexto institucional. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicado o questionário de agressividade de Buss e Perry, com base em dimensões alinhadas aos objetivos da investigação e tendo em consideração todas as dimensões éticas. A recolha dos dados foi realizada através da plataforma ZOOM, contacto telefónico e presencialmente. Como resultados, relativamente à percepção de papéis de vítima e/ou agressor, verificou-se que 61,5% dos indivíduos que constituem a amostra vivenciaram episódios de violência intrafamiliar, destes onze como vítimas (42%), dois como agressoras (7,69%) e três como vítimas-agressoras (11,53%). A maior prevalência de vítimas e agressoras identifica-se na perturbação de humor e em pessoas que não se encontram integradas em resposta social. No que respeita à percepção de agressividade, o valor médio de agressividade reportada pelos 26 indivíduos foi 76,23 (mulheres, 79 e homens, 73,8) o que demonstra valores dentro dos valores normativos para a população portuguesa. No que concerne aos fatores de proteção individuais, verifica-se prevalência de toma de psicofármacos (n=19), proatividade (n=19) e capacidades cognitivas (n=17), considera-se o isolamento social (n=15) e a situação socioeconómica vulnerável (n=14) como fatores de risco individuais. Quanto a fatores protetores familiares, prevalecem a existência de família alargada (n=15) e a existência de suporte familiar (n=11), paralelamente, a desestruturação familiar (n=18), os conflitos familiares (n=14) e a existência de violência física contra o próprio (n=11) revelam-se como fatores de risco a nível familiar. Em contexto comunitário, prevalecem os fatores de risco, tais como, a ausência de rede de suporte social (n=24), de locais de referência na comunidade (n=13) e de grupos formais de pares (n=10). A nível institucional, identificaram como fatores protetores a existência de técnicos gestores (n=26), frequência em resposta social (n=12) e permanência em resposta social (n=10), como fatores de risco, 15 pessoas identificaram ausência de projeto. Assim, conclui-se que indivíduos com doenças mentais mais do que perpetradores tendem a ser vítimas de violência.

Palavras-Chave: Doença mental; Violência intrafamiliar; Vítima; Agressor/a; Agressividade; Fatores de Risco; Fatores de Proteção.

Abstract

In the literature, different perspectives are verified regarding the dynamics of individuals with mental illness in the family context, in terms of victim and/or aggressor roles, perception of aggressiveness and risk and protective factors. To know this reality, an investigation was developed with the objective of identifying, in individuals diagnosed with mental illness, roles of victim and/or aggressor in the intrafamily context, to know the perception of the aggressiveness of these individuals and to know the risk and protection factors that these individuals, with and without integration in social response, identify. The sample consisted of twenty-six individuals diagnosed with mental illness, eight with schizophrenia, nine with mood disorder and nine with bipolar disease, with an average age of 54.8 years, of which twelve are women and fourteen men, ten are integrated in an institutional context. Semistructured interviews were conducted and the Buss & Perry aggressiveness questionnaire was applied, based on dimensions aligned with the objectives of the investigation and taking into account all ethical dimensions. Data collection was carried out through the ZOOM platform, telephone contact and face-to-face. As a result, regarding the perception of roles of victim and/or aggressor, it was found that 61.5% of the individuals who constitute the sample experienced episodes of intrafamily violence, of these eleven as victims (42%), two as aggressors (7.69%) and three as aggressors (11.53%). The higher prevalence of victims and aggressors is identified in mood disorders and in people who are not integrated in social response. Regarding the perception of aggressiveness, the mean value of aggressiveness reported by the 26 individuals was 76.23 (women, 79 and men, 73.8), which demonstrates values within the normative values for the Portuguese population. Regarding individual protective factors, there is a prevalence of psychotropic drugs (n=19), proactivity (n=19) and cognitive abilities (n=17), and social isolation (n=15) and vulnerable socioeconomic situation (n=14) are considered as individual risk factors. Regarding family protective factors, the existence of an extended family (n=15) and the existence of family support (n=11), in parallel, dysfunctional family (n=18), family conflicts (n=14) and the existence of physical violence against oneself (n=11) are revealed as risk factors at the family level. In the community context, risk factors prevail, such as the absence of a social support network (n=24), places of reference in the community (n=13) and formal peer groups (n=10). At the institutional level, they identified as protective factors the existence of technical managers (n=26), frequency in social response (n=12) and permanence in social response (n=10), as risk factors, 15 people identified absence of project. Thus, it is concluded that mentally ill individuals more than perpetrators tend to be victims of violence.

Keywords: Mental illness; Intrafamily violence; Victim; Aggressor; Aggressiveness; Risk Factors; Protection Factors.

ABREVIATURAS DE SIGLAS

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM V - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais

FIAS - Federação internacional de Serviço Social

ISS-ULHT - Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

PNSM – Plano Nacional para a Saúde Mental

RASI – Relatório Anual de Segurança Interna

Índice

Introdução	11
Parte I – REVISÃO TEÓRICA	13
Capítulo 1. Violência(s)	14
1.1 Definição de conceitos.....	14
1.2. Tipologias de violência(s).....	15
Capítulo 2. Doença Mental.....	17
2.1. Definição de conceitos.....	17
2.2. Tipologias de Doença Mental	19
2.2.1. Perturbação de humor.....	19
2.2.2. Perturbação psicótica	21
2.2.3. Perturbação bipolar	23
2.3. Dados Estatísticos	24
Capítulo 3. A violência intrafamiliar na doença mental.....	28
3.1. A violência intrafamiliar	28
3.2. Violência em situação de doença mental	30
3.3. Impactos da violência na saúde mental.....	31
3.4. O papel do Assistente Social	32
3.5. Políticas de Saúde Mental em Portugal	34
Parte II – ESTUDO EMPÍRICO	37
Capítulo 4. Objetivos e Hipóteses.....	38
4.1. Pertinência da investigação	38
4.2. Objetivos da investigação	38
4.2.1. Objetivos gerais	38
4.2.2. Objetivos específicos	38
Capítulo 5. Metodologia.....	40
5.1 Princípios Éticos do investigador/ profissional	40
5.2 Descrição de Variáveis	41
5.3 Participantes	41
5.3.1. Caracterização sociodemográfica	42
5.4. Instrumentos de recolha de dados	44
5.5. Análise de dados estatísticos	45

5.6. Estratégias de recolha de dados	46
5.7. Procedimento	46
Capítulo 6. Apresentação dos resultados.....	48
Capítulo 7. Discussão dos Resultados	59
Considerações Finais	69
Referências Bibliográficas	73

Apêndices

Apêndice I – Pedido de Colaboração para Investigação

Apêndice II – Declaração de consentimento de dados

Apêndice III – Entrevista semi-estruturada

Apêndice IV – Questionário de Buss & Perry

Apêndice V – Tabela de apoio à obtenção dos resultados

Apêndice VI – Resultados

Introdução

A literatura mostra-nos que a investigação e a intervenção na área da saúde mental tem tido um aumento exponencial e uma evolução ímpar na forma como é pensada, caracterizada e investigada. “O estigma, o preconceito, o medo, o *temor*, associados aos hospitais psiquiátricos e às pessoas com doença mental, fizeram-se sentir ao longo dos últimos anos” (Taylor, 2008, p.647).

Aliando o enquadramento teórico relativo à saúde mental, violência e violência intrafamiliar, ao enquadramento empírico, pretende-se, com esta investigação, definir os perfis de vítima e/ou agressor em indivíduos com diagnóstico de doença mental, conhecer a sua perceção da agressividade e definir fatores de risco e de proteção individuais, familiares, comunitários e institucionais.

A decisão deste público-alvo, teve por base a experiência profissional e a necessidade em construir bases consolidadas para um diagnóstico social desta população específica, para que seja possível uma intervenção concertada, concreta, em conformidade com as necessidades das pessoas com perturbação mental. Isto porque, é fundamental que as instituições, equipas e técnicos com legitimidade de intervenção na área da saúde mental criem estratégias, de acordo com cada situação.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: Em primeiro lugar, é concebida a fase conceptual. No primeiro capítulo intitulado “Violência(s)”, pretende-se definir alguns conceitos no âmbito das violência(s). De seguida, são estruturadas as tipologias de violência(s), sendo feita posteriormente uma abordagem, enquadrada na literatura sobre a violência intrafamiliar. Este capítulo finda com uma breve análise de alguns dados estatísticos. O segundo capítulo intitula-se “Doença Mental”, neste sentido, são definidos os conceitos-chave, enquadradas as diferentes tipologias de doença mental, nomeadamente perturbação do humor, perturbação psicótica e perturbação bipolar. Seguidamente é realizada uma reflexão de acordo com dados estatísticos referentes à temática. No capítulo três, enquadra-se a “violência intrafamiliar na doença mental”, “violência em situação de doença mental”, “violência(s) em contexto familiar” e “impactos da violência na saúde mental.”

A segunda parte é a fase metodológica. Após uma breve reflexão conjugada com revisão da literatura sobre os princípios éticos do investigador/profissional, são descritas as variáveis, definidos os participantes e explicados os instrumentos e as estratégias de recolha de dados. Na segunda parte, consta o Estudo Empírico, que abrange o Capítulo 4, composto pelos Objetivos e Hipóteses, onde se verifica a pertinência da investigação, os objetivos da investigação, os objetivos gerais e os objetivos específicos. Por sua vez, o Capítulo 5 encontra-se descrita a Metodologia, nomeadamente, os princípios éticos do investigador/profissional, a descrição de variáveis, os participantes e a respetiva caracterização

sociodemográfica, os instrumentos de recolha de dados e o procedimento. O Capítulo 6 é constituído pela apresentação dos resultados, de seguida, no Capítulo 7 encontra-se a discussão dos resultados. Por último, verifica-se as considerações finais, as referências bibliográficas onde constam as obras e documentação consultada para a prossecução desta investigação.

Parte I – REVISÃO TEÓRICA

Capítulo 1. Violência(s)

1.1 Definição de conceitos

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002)¹ a violência entende-se como “o uso intencional da força ou poder numa forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, ou outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações.” (p.84).

O conceito de violência, de um modo geral, adquire diversas especificidades. No entanto, existe consenso na literatura, que a violência existe quando um ato tem como objetivo prejudicar o outro, intencionalmente.

Nas palavras de Day (2003),

“A violência intrafamiliar identifica-se por toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão a exercer a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.” (p.10).

Paralelamente, Caridade (2019), identifica a violência como “(...) um fenómeno complexo, sendo imperativo monitorizar e compreender as suas origens, causas e consequências, que levarão à definição concreta de estratégias de prevenção e intervenção”. No entanto, a autora alerta para quatro aspetos, a intencionalidade da violência, a indesejabilidade, o facto de ser prejudicial e não essencial (p.204).

Por sua vez, Sacramento e Rezende (2006), defendem a existência de

“Estudos em que a violência nas relações familiares envolve atos, palavras e pensamentos que depreciam a imagem do indivíduo diante de si e dos outros. Os sentimentos causados podem afetar o desenvolvimento e o bem-estar físico e psíquico da vítima. O desenvolvimento de mazelas emocionais, causadas por relacionamentos agressivos, deixará para sempre marcas profundas e traumáticas.” (p.5).

¹ . Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; Version of the Introduction to the World Report on Violence and Health (WHO): Geneve: WHO,2002.

1.2. Tipologias de violência(s)

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2015), existem várias tipologias de violência:

“Violência física: qualquer comportamento que implique agressão física. Maus-tratos, ofensa à integridade física. Violência psicológica ou verbal: provocação de angústia através de ameaças ou intimidação, humilhação. Violência sexual: O agressor abusa do poder que exerce sobre a vítima para obtenção de gratificação sexual. Negligência/ Abandono: É o ato de omissão em providenciar necessidades básicas à sobrevivência, como a privação de alimentação. Violência financeira/económica: Prática que visa a apropriação ilícita do património.”
(APAV, 2015)

As referidas tipologias de violência, poderão ocorrer isoladas ou em simultâneo.

É importante ser também refletida a perspetiva da OMS, no Relatório Mundial sobre a prevenção da violência (2014) “o uso de poder também leva a incluir a negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita. Assim, o conceito de “uso de força física ou poder” deve incluir negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos auto-infligidos” (p.2).

No mesmo relatório verifica-se que, em 2002 a OMS evidencia, também, algumas tipologias:

“violência autoinfligida (...), violência interpessoal: intrafamiliar e comunitária (...); violência coletiva (...); violência estrutural.” Por violência autoinfligida entendem-se as agressões ocorridas pelo sujeito, a si próprio, como a auto-lesão, e em casos extremos, o suicídio. No que concerne à violência interpessoal, divide-se em intrafamiliar e comunitária, a violência intrafamiliar acontece entre elementos da mesma família, por sua vez, a violência comunitária surge no âmbito de violência urbana. Relativamente à violência estrutural, tem por base a existência e o prolongamento de desigualdades sociais, económicas, culturais, de género, etárias, étnicas.” (p.2).

Carvalho e Sousa (2015) sublinham que a violência é dividida “em duas subcategorias: a violência familiar e no relacionamento íntimo (violência infantil, violência doméstica, maus-tratos) e a violência comunitária, que ocorre em pessoas sem laços de parentesco e que podem ou não conhecer (atos casuais de violência, violência em grupos institucionais)”. (p.164). As autoras (2015) identificam, também, que “a exposição à violência doméstica em crianças e jovens é das formas de vitimação que traz consequências extremamente graves para as vítimas”. Indo mais longe, apontam o testemunho de violência como “uma forma de abuso psicológico” (p.166).

Ambas as definições da OMS, conjugadas com a conceção da APAV, integram uma ampla combinação de variáveis, que definem a violência e aprofundam as suas especificidades. Neste sentido, com vista à proteção das vítimas de violência doméstica, a 16 de agosto de 2021, na Lei nº57/2021, foi promulgada a nona alteração à Lei nº112/2019 de 16 de setembro,

que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, proteção e assistência às vítimas, com o objetivo de elaboração e aprovação de um Plano Nacional de Contra a Violência Doméstica, prevendo a intervenção de equipas multidisciplinares nas áreas da saúde, justiça, segurança social e, caso exista legitimidade de intervenção, CPCJ.

1.3 Dados Estatísticos

De acordo com o Relatório Anual de 2020 da APAV, o número médio de vítimas em Portugal foi de 8720 mulheres por ano, 167 mulheres por semana, 24 mulheres por dia, 1841 crianças por ano, 35 crianças por semana, 5 crianças por dia, 1627 homens por ano, 31 homens por semana e 4 homens por dia. Relativamente ao perfil geral da vítima, prevalece o sexo feminino (74,9%), média de idade é de 40 anos, o grau de escolaridade é ensino superior (6,6%), secundário (5,3%) e 3º ciclo (5,3%). Quanto à relação com o autor/a do crime, constata-se que o cônjuge (18,2%), companheiro/a (9,5%), pai/mãe (8,3%), ex-companheiro/a (7,5%), filho/a (7,2%). Referem ainda que 94% dos crimes foram realizados contra pessoas e desses, 72,6% foram crimes de violência doméstica.

É possível verificar no gráfico infra as diferenças nas relações do/a autor/a do crime com a vítima. É notório que prevalecem as relações conjugais, no entanto, são extremamente expressivos os dados referentes a relações familiares (Ver gráfico 1).

RELAÇÃO DO/A AUTOR/A DO CRIME COM A VÍTIMA

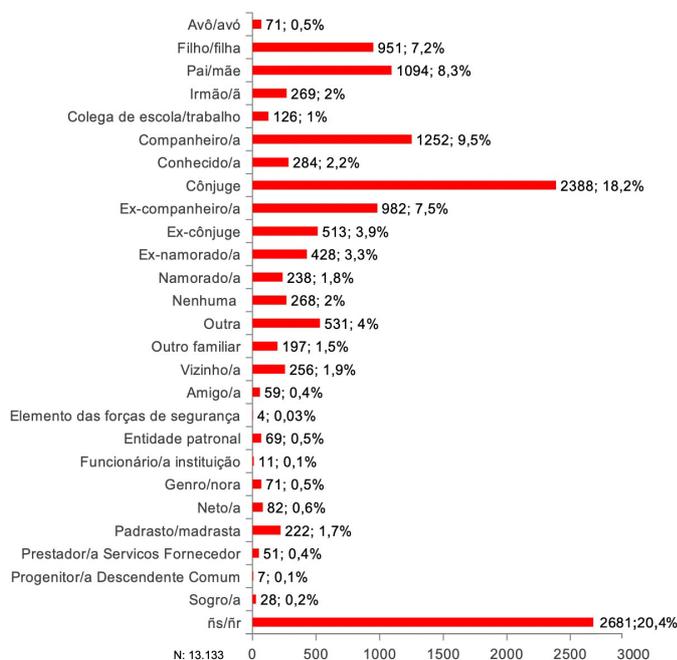


Gráfico 1. Relação entre o/a autor/a do crime com a vítima
Fonte: Relatório Anual APAV, 2020

Quanto ao local do crime mais identificado, prevalece a residência comum (54,1%), a residência da vítima (16%) e a via pública (10,6%). De todas as situações que chegaram à APAV, 45% realizaram denúncia. Este facto traduz-se num aumento de 5% face a 2019.

Capítulo 2. Doença Mental

2.1. Definição de conceitos

A saúde mental é uma vasta área do conhecimento científico, que requer um olhar multidisciplinar. Almeida (2018) identifica que:

“os problemas de saúde mental foram subvalorizados e negligenciados em todo o mundo. O estigma, os preconceitos e os medos associados às doenças mentais (...) ajudam a entender porque é que, com tanta frequência, as pessoas que sofrem de doenças mentais têm sido vítimas das mais variadas formas de discriminação e exclusão social”. (p.9).

O Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção Geral de Saúde, 2017), prevê que Portugal contempla “uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma percentagem importante das pessoas com doença mental grave, permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção²” (p.14). A saúde mental, de acordo com a OMS, é “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades próprias, pode manejar as dificuldades normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutuosa, e é capaz de prestar uma contribuição para a sua comunidade (OMS, 2002). Na perspetiva de Pilgrim (2014, citado em Carvalho & Matos, 2019), “o termo doença mental refere-se a um conjunto bastante alargado de perturbações mentais que são comuns e podem ser diagnosticadas com base em alterações que podem ocorrer no humor, no pensamento ou no comportamento e que apresentam como consequência mal-estar e/ou interferência significativa no funcionamento da pessoa a diversos níveis.” (p.191) Por sua vez, verifica-se que,

“a este estado de saúde mental (também denominado saúde mental positiva e bem-estar mental) contrapõem-se as diversas doenças mentais, que geralmente causam sofrimento psíquico e perturbam as capacidades relacionais e produtivas de quem delas sofre (...). É um estado que envolve bem-estar, que geralmente se encontra associado à ausência de patologia mental, mas que vai além desta, envolvendo de forma significativa, capacidades positivas resultantes do exercício das diversas funções mentais do ser humano. A ausência de doença mental contribui para a saúde mental, mas não assegura, por si só, uma boa saúde mental. Por outro lado, uma pessoa pode padecer de uma doença mental, e ter, pelo menos em algumas fases da vida, alguma saúde mental.” (Almeida, 2018, pp.13-14)

² O Programa Nacional para a Saúde Mental (2017) prevê que os programas de reabilitação psicossocial e de tratamento não são beneficiados pelas pessoas com doença mental grave

Segundo o Guia de Referência rápida para os critérios de diagnóstico (2015), sustentado na 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, 2013),

“uma perturbação mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa de cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacente ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas com significativo mal-estar ou défice social, ocupacional (...)” (p.5).

É importante refletirmos sobre a evolução que a própria doença e saúde mental têm vindo a ter nos últimos anos, é possível observar nas palavras de Coimbra de Matos (2012), a utilização de terminologia como “(...) continua-se a pensar, embora se não ouse dizer, que o louco deve estar encarcerado; continua a ser prático (e fácil, dada a condescendência ou cumplicidade dos técnicos) depositar o incómodo (que nem sempre é tão doente como tal) no hospital.” (p.94). É também referido que “a ciência evolui, a técnica também, as relações humanas acompanham o progresso, mas a agressividade e o medo não se alteram muito. (...) nos velhos asilos psiquiátricos, o volume de doentes abandonados é grande.” (p.94). Nos dias de hoje, “a doença mental tem ainda inerente um processo de estigmatização, sendo lhe atribuídas um conjunto de características que fazem com que a pessoa com doença mental desde sempre tenha sido sujeita a um processo de marginalização.” (Carvalho et al., 2019, p.145). Paralelamente, os mesmos autores clarificam que:

“atualmente o paradigma vigente visa a reestruturação dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição pelos serviços locais de saúde mental, localizados nos hospitais gerais e estimulando o desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados e integrados em saúde mental, localizada preferencialmente na comunidade, contrariando a estigmatização associada à doença mental (...) baseada no isolamento da pessoa com doença mental.” (p.147).

2.2. Tipologias de Doença Mental

2.2.1. Perturbação de humor

Michel Foucault, filósofo dedicado às áreas da psiquiatria, medicina, sexualidade, em 1954 tomou público o seu parecer quanto à doença mental, definindo-a como:

“Mania e depressão enquanto ‘loucura intermitente’ tal forma patológica, na qual se vêm alternar (...) duas síndromes opostas: a síndrome maníaca e a síndrome depressiva. A primeira comporta agitação motora, um humor eufórico ou colérico, uma exaltação psíquica caracterizada pela verbigeração, rapidez das associações e fuga de ideias. A depressão, pelo contrário, apresenta-se como uma inércia motora sob fundo de humor triste, acompanhada de lentificação psíquica. Por vezes isoladas, a mania e a depressão estão geralmente ligadas por um sistema de alternância regular ou irregular (...), dos quais se destacam alguns perfis. A paranóia, num segundo plano de exaltação passional, (...) a psicose alucinatória crónica, entende-se como uma psicose delirante (...).” (Foucault, 2008, p.14)

Numa perspetiva contemporânea, o psiquiatra José Manuel Caldas de Almeida, fundador de um dos primeiros serviços de saúde mental de base comunitária em Portugal, refere que:

“estados patológicos que se manifestam fundamentalmente através de alterações do humor e dos afetos. Incluem as perturbações depressivas, a mania e a doença bipolar. Nas perturbações depressivas, o paciente apresenta humor depressivo, perda de interesse e de prazer em quase todas as atividades habituais, perda de energia, fadiga e diminuição da atividade. A autoestima e a autoconfiança são quase sempre reduzidas (...).” (Almeida, 2018, p.119)

Quando a temática da depressão, é fundamental debruçarmo-nos sobre a perspetiva do psiquiatra e psicanalista António Coimbra de Matos (2014) que, nas suas palavras, “um doente deprimido apresenta uma depressão clínica (...) com sintomas evidentes, por outro lado, um indivíduo depressivo não apresenta sintomatologia franca de depressão, mas arrastando uma verdadeira depressão latente (...) encoberta por mecanismos anti-depressores.” (p.44) Afirma ainda que “o problema da depressão latente (...) é confundido com depressão crónica (...), e apreciado como dificuldade de apreensão, inércia do funcionamento intelectual e desinteresse pela realidade”. (p.45). Em termos práticos, de forma a compreendermos com detalhe as variáveis do conceito de depressão, Coimbra de Matos (2014) apresenta as seguintes definições:

Existe uma depressão reativa que é a depressão normal ou fenómeno de luto, caracterizando a reação de uma personalidade de estrutura genital ou pós-edipiana à perda de um objeto privilegiado. Neste caso falamos de depressibilidade: qualidade de se poder deprimir (...) de ser capaz de fazer um trabalho de luto – o que é sinal de boa saúde mental. Em segundo lugar, encontramos a depressão patológica (que nem sempre atinge a profundidade e o grau psicótico da melancolia) quanto à natureza predominantemente narcísica dos laços objetivos. (...)

Falamos de depressividade sempre que a existência de um permanente conflito com os introjetos acarreta uma constante situação de esmagamento do Self e esgotamento do Eu, que se traduz por um vago sentimento de inferioridade e/ou um comportamento de relativa incapacidade e revela um esforço defensivo contínuo para não se deixar deprimir: ficar deprimido (abatido) pela cedência à opressão do objeto interno (p.46).

Para Coelho et al., em 2018, “a tristeza é um dos motivos (...) pelo qual as pessoas recorrem ao Serviço de Urgência.” De acordo com os autores, para a

“realização de diagnóstico de episódio depressivo major é necessária a presença de tristeza e/ou diminuição marcada da energia, (...) alterações de humor, alterações do prazer, alterações da vontade, isolamento social, alterações do sono, alterações do apetite, dificuldades de concentração e alterações psicomotoras, ideias de culpa, desvalorização, desesperança, ideias auto-lesivas, impacto na funcionalidade habitual.” (pp.51-52).

Os autores identificam que a prevalência de depressão major em Portugal é de 16,7%.

No Guia de Referência rápida para os critérios de diagnóstico 5ª edição [DSM5], 2015, entre as páginas 93 e 114, identifica a perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação, perturbação depressiva não especificada.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM5, 2013), sob a temática da perturbação do humor, em termos de perturbações depressivas, identifica, “a perturbação depressiva persistente, que se consolida em perturbação depressiva major crónica e perturbação distímica.” (p.209) No que concerne ao diagnóstico,

a principal característica da perturbação depressiva persistente é um humor depressivo que ocorre (...) por pelo menos dois anos em pessoas adultas ou um ano em crianças e jovens. (...) A depressão major pode preceder o transtorno depressivo persistente e episódios depressivos maiores, podem ocorrer durante o transtorno depressivo persistente. (DSM5, 2013, p.210)

É também enunciado, que “em indivíduos com perturbação depressiva persistente e perturbação de personalidade borderline, a co-variância das características correspondentes ao longo do tempo sugere a operação de um mecanismo comum.” (DSM5, 2013, p. 210). É importante salientar, “quanto a fatores de risco, a nível temperamental, os fatores preditivos de pior evolução no longo prazo incluem níveis mais elevados de afetividade negativa (neuroticismo), maior gravidade de sintomas, pior funcionamento global e presença de transtorno de ansiedade” (DSM5, 2013, p.211).

Em Portugal, a elevada prevalência de perturbações psiquiátricas é uma realidade, o Relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019) confirma que o nosso país se encontra posicionado em segundo lugar entre os países europeus com o valor mais elevado de incidência (22,9%). Segundo o mesmo Relatório, a depressão afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos.

No que concerne à intervenção com pessoas com perturbação mental e em concreto na perturbação de humor, Sousa (2019) considera que “para a depressão ligeira deverão ser implementadas ações de baixa intensidade, como intervenção de autoajuda, em grupo, ou a partir do computador, enquanto para intervenções moderadas a graves (...) deverão ser implementadas ações intensas, como psicoterapia, psicofarmacologia ou ambas.” (p.120) Caldas de Almeida (2018) complementa e afirma que “as terapias cognitivo-comportamentais para perturbações de humor são, muitas vezes, esquecidas e enfatiza a questão da medicação antipsicótica e antidepressiva, os compostos mais caros detêm a maioria do mercado, apesar de a medicação genérica ter efetividade equivalente.” (p.21) O autor conclui dando ênfase à necessidade de recentrar os cuidados em saúde mental numa abordagem integrada.

2.2.2. Perturbação psicótica

Foucault defende a tese de Bleuler ao afirmar que a perturbação psicótica:

“recuperou a denominação de Demência Precoce, alargando-a a algumas formas de paranóia, e deu ao conjunto o nome esquizofrenia, caracterizada (...) por um distúrbio na coerência normal das associações como um desmembramento do fluxo do pensamento – por uma rutura do contacto afetivo com o meio ambiente.” (Foucault, 2008, p.11). O autor sublinha que:

“houve um esforço em definir as doenças mentais, de acordo com a amplitude das perturbações psíquicas por duas grandes categorias: neuroses e psicoses. As psicoses, perturbações da personalidade global comportam um distúrbio do pensamento, (...), uma perturbação do controlo da consciência, da perspetivação dos diversos pontos de vista e formas alteradas do sentido crítico.” (p.14). “No geral, classificam-se entre as psicoses a paranóia e todo o grupo esquizofrénico, com as suas síndromes paranóides, hebefrénicas e catatónicas. (...) A personalidade torna-se assim, o elemento no qual se desenvolve a doença, e o critério que permite avaliá-la; ela é, em simultâneo, a realidade e a medida da doença.” (Foucault, 2008, p.15).

Com a clara evolução e avanço científico na área da saúde mental, Caldas de Almeida (2018) caracteriza a esquizofrenia por:

“sintomas psicóticos que interferem de modo significativo nas áreas do pensamento, da perceção, da afetividade e do comportamento, alterando o funcionamento pessoal e social do indivíduo. As alterações do pensamento incluem ideias delirantes não sensíveis à argumentação lógica, que podem revestir características diversas (...). É frequente algum apagamento da expressão dos afetos, podendo

também aparecer discordância entre os afetos e os conteúdos do pensamento. A consciência do patológico pode estar profundamente alterada, o que dificulta a aderência do doente ao tratamento.” (Almeida, 2018, p.120).

É também uma “perturbação com manifestações heterogêneas”, conforme Silva e Trovão indicam,

“em diversos domínios psicopatológicos, pensamento, sensoriopercepção, humor, cognição, volição e motricidade – com repercussões graves no funcionamento pessoal e social do indivíduo. (...) Existe uma alteração da personalidade após o primeiro surto psicótico, descrito como um processo que influencia a sua história de vida. (...) Apenas uma minoria retorna ao seu estado prévio após remissão do episódio psicótico. (...) a ocorrência de um maior número de episódios psicóticos acarreta um prejuízo cumulativo irreversível ao nível funcional e da personalidade, pelo que a intervenção terapêutica visa o tratamento agudo e a prevenção de novos episódios.” (Silva & Trovão, 2019, p.30).

Tal como Foucault explicou, Silva e Trovão (2019, p.30) identificam o que Bleuler em 1911 cunhou de esquizofrenia, com base nos sintomas aferidos. Por outro lado, os autores mostram que contrariamente a Bleuler, Kraepelin dedicou-se a analisar extensivamente os sintomas, sob uma perspetiva transversal, no sentido que manteve a designação da perturbação devido à separação dos vários domínios da personalidade. Verificando-se, nas últimas décadas, a vigência da perspetiva sistemática de Kraepelin nos manuais de classificação das perturbações mentais.

De acordo com o DSM 5 (2013), para o diagnóstico de perturbação psicótica, “é necessária a presença de um ou mais sintomas, tais como, delírios, alucinações, discurso incoerente ou comportamento psicomotor catatónico” (p.134). Constata-se, no mesmo, que as pessoas com diagnóstico de perturbação psicótica podem apresentar mudanças repentinas de um afeto intenso a outro. No que respeita a fatores de risco, identificam-se os fatores temperamentais, nomeadamente transtornos e traços de personalidade pré-existent, como é o exemplo do transtorno de personalidade esquizotípica, o transtorno de personalidade *borderline* ou traços de psicoticismo (DSM 5, 2013, p.134).

No Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico (2015) acrescenta que desde o início da perturbação até um período de tempo considerável, o nível de funcionamento está significativamente em baixo do nível previamente atingido. Esta variável tem impacto no trabalho, relações interpessoais, autocuidado.

Para Caldas de Almeida (2018) é fundamental que as intervenções psicossociais com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia não fiquem esquecidas. Paralelamente, Silva e Trovão, consideram que o tratamento

“É essencialmente farmacológico e permite graus variáveis de compensação (...) não sendo curativo. Dada a deterioração cognitiva e funcional imposta pela doença, as intervenções psicossociais

assumem um papel fundamental, apesar de negligenciado, na reabilitação do indivíduo, procurando desenvolver aptidões cognitivas, sociais e laborais”. (Silva & Trovão, 2019, p.30)

Numa investigação realizada por Góis (2020), no âmbito do planeamento antecipado nos cuidados às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em situação de fim de vida, assume que a multidisciplinidade implica trabalho de equipa, discussão de casos e colaboração no planeamento dos cuidados. (p.77). Por sua vez, Góis (2020) aponta para uma “abordagem multidisciplinar e colaborativa, formação e reconhecimento da capacidade inerente dos pacientes para a recolha do seu estado de saúde” são fatores que influenciam e facilitam o processo de planeamento antecipado dos cuidados (p.77).

2.2.3. Perturbação bipolar

Segundo Fraga et al. (2021), “a perturbação afetiva bipolar é uma perturbação psiquiátrica relativamente comum, que afeta cerca de 1% da população e caracteriza-se por variações de humor, energia e atividade, com impacto negativo na funcionalidade do indivíduo.” (p.120) Por sua vez, “carateriza-se por variações acentuadas do humor, com crises repetidas de depressão. Estas crises podem ter uma gravidade variável, mas geralmente afetam significativamente o comportamento e as diferentes esferas da vida da pessoa e estão associadas a um aumento do risco de suicídio.” (Fraga et al., 2021, p.120).

No DSM 5 é realizada uma distinção entre

“a perturbação bipolar tipo I e tipo II. A primeira relaciona-se com a psicose maníaco-depressiva, descrita no século XIX, esta não exige a presença de um episódio psicótico ou depressivo major, bastando apenas um episódio maníaco para a realização do diagnóstico. A segunda, por outro lado, considera-se após um ou mais episódios depressivos major e no mínimo um episódio hipomaníaco”. (DSM 5, 2013, p.123)

Em conformidade com o DSM 5, o Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico (2015, p.65) identificam as 2 tipologias de perturbação bipolar, das quais a I distingue-se devido à existência de episódio maníaco, e a II devido a episódio hipomaníaco, com referência a perturbação bipolar induzida por substâncias/ medicamento, perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica, perturbação bipolar e perturbações relacionadas com outra especificação, não especificadas e perturbações relacionadas.

Para Barradas (2019),

As perturbações bipolares caracterizam-se por episódios de mania ou hipomania, com elevação de humor, aumento de energia e atividade que surgem simultaneamente com episódios de depressão, diminuição de humor, energia e atividade. A autora, identifica, após a definição do DSM V, a existência de ciclotimia, perturbação bipolar associada a

fármaco ou a outra condição médica ou com outra perturbação bipolar ou não específicas (p.107).

A autora afirma que quanto aos fatores etiológicos da doença bipolar, identifica-se os genéticos, biológicos e psicossociais. Quanto à intervenção, a autora considera que a abordagem terapêutica pode ser dividida em duas fases: aguda e de manutenção. Em termos de tratamento, a autora afirma que é essencialmente farmacológico, por sua vez, o acompanhamento psicossocial e a psicoterapia também são fundamentais na intervenção (Barradas, 2019, p.107).

2.3. Dados Estatísticos

Num estudo realizado pela *Global Burden of Disease* do IHME (*The Institute for Health Metrics and Evaluation*, Universidade de Washington – EUA), a Rede Nacional Anti-Pobreza (EAPN) realizou um relatório com dados de 2019 sobre a saúde mental em Portugal. Verifica-se, no mesmo relatório, que as perturbações mentais são a segunda principal causa de incapacidade, e, por sua vez, acrescentando o consumo de álcool e substâncias psicoativas, a prevalência de doenças mentais atinge os 23,2%.

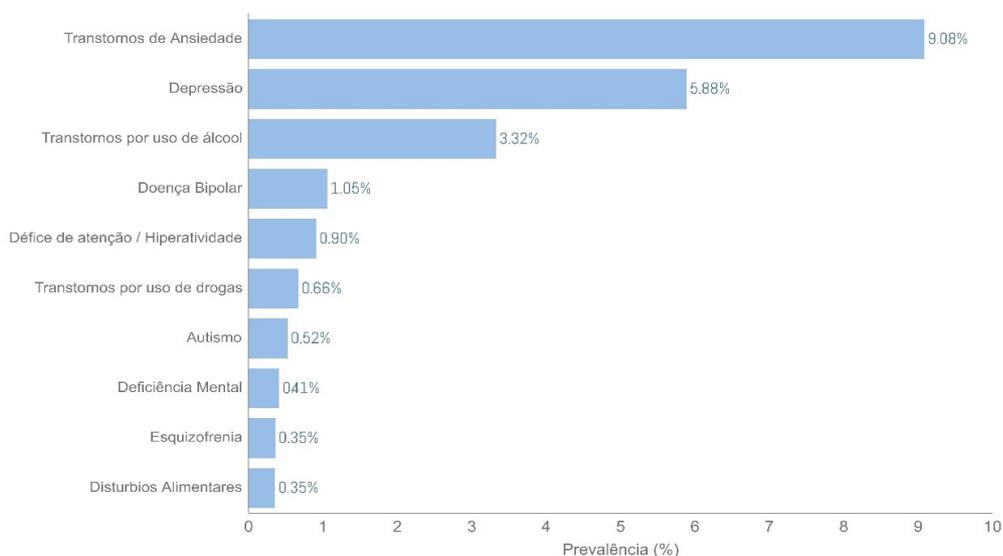


Figura 1. Prevalência de perturbações mentais e de uso de substâncias em Portugal. Fonte: CGD 2019².

As estimativas, deste estudo, apontam para cerca de 23% da população sofrer de alguma perturbação de foro mental ou de uso de substâncias. Por sua vez, a depressão e os transtornos de ansiedade destacam-se, com maior incidência na faixa etária dos 10 aos 29 anos, que decresce cerca de 8% nas faixas etárias mais elevadas. O diagnóstico de depressão, é menos prevalente nas faixas etárias mais jovens e tende a acentuar-se a partir dos 55 anos, variando entre os 7% e 8%”.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2019, ocorreram 5776 (5,2%) de óbitos devido a perturbações mentais. Paralelamente, o suicídio é uma das causas de morte, com relação direta à saúde mental. Nesta sequência, o suicídio poderá ser consequência de fatores sociais, culturais e/ou socioeconómicos, e nas perturbações mentais como a depressão, a perturbação bipolar e esquizofrenia, poderá existir uma relação causa/efeito com o suicídio. O INE apresenta dados de 2019, que indicam que 975 óbitos ocorreram por meio de suicídio e/ou lesões autoinfligidas, existindo uma prevalência nos homens (76%) com 738 óbitos, do que nas mulheres (24%) 273 óbitos. Os mesmos dados, traçam um paralelismo com evidência científica entre as doenças mentais e a pobreza e *interagem entre si num ciclo negativo. Se o ciclo aumenta o risco de doença mental entre as pessoas que vivem em situação de pobreza, a probabilidade daqueles que sofrem de doença mental cair ou permanecer em situação de pobreza é maior.*

O mesmo Relatório da EAPN, identifica, no que respeita a dados de 2019 do Inquérito Europeu da Saúde do Eurostat, que a incidência de perturbações mentais em pessoas em situação de vulnerabilidade, têm tendência para aumentar, destacando-se a depressão crónica. Um outro dado que importa relevar são o consumo de psicofármacos, segundo o INFARMED, existe um aumento da toma de psicofármacos, o que traduz numa prevalência de doenças psiquiátricas. *Em 2020, 15% do total de medicação dispensada em Portugal, corresponderam a psicofármacos, o que se traduziu num aumento de 3,2% relativamente a 2019. Destes, ansiolíticos (6,4%) e antidepressivos (6,1%) foram os fármacos mais vendidos, seguidamente, os antipsicóticos (2,7%).* Conforme é possível verificar na figura 2, a tendência crescente de embalagens de medicamentos prescritos.

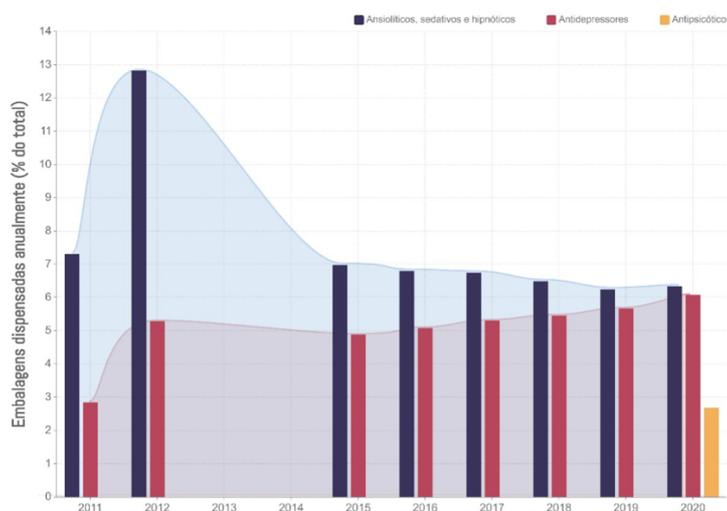


Figura 2. Número de embalagens de psicofármacos dispensadas anualmente. Fonte: INFARMED

Dados da Ordem dos Psicólogos (2018) indicam que em 2016 foram prescritas cerca de 30 milhões de embalagens de psicofármacos e a população portuguesa gastou mais de 600 mil euros por dia em psicofármacos.

Sob uma outra perspetiva, a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, apresenta alguns dados estatísticos referentes à saúde mental. Neste sentido, indicam que *mais de um quinto dos portugueses sofre de perturbação psiquiátrica (22,9%), Portugal é o segundo país com a maior incidência de doenças psiquiátricas na Europa, o primeiro lugar pertence à Irlanda do Norte.* No que respeita à prevalência de perturbações psiquiátricas, *as perturbações de ansiedade apresentam uma prevalência elevada (16,5%), de seguida, verificam-se as perturbações de humor (7,9%).* Neste sentido, *4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação grave ligeira.* É evidenciado, também, que os fatores ambientais como o stress extremo, distúrbios do sono e consumo de álcool e substâncias psicoativas podem desencadear episódios em pacientes mais vulneráveis.

Segundo informação da Ordem dos Psicólogos (2018), *1 em cada quatro portugueses sofre de um problema de saúde mental (23% da população). Em apenas 6 anos, o número de portugueses, inscritos nos centros de saúde, com depressões aumentou 43%. Em 2016, as perturbações depressivas eram a terceira doença causadora de morbilidade em Portugal nas mulheres e quarta nos homens, contribuindo para cerca de 70% de 1000 suicídios (3 suicídios por dia) em Portugal.*

Dados avançados por investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e do Cintesis – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Gonçalves- Pinho et al (2020) num estudo que envolveu cerca de três milhões de habitantes³, registaram 780 episódios de idas às urgências psiquiátricas, entre 19 de março e 2 de maio de 2020. Em pessoas com perturbação de humor, apresentaram uma queda significativa, com menos 68% de episódios de urgência. Em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (...) a descida foi apenas de 9% (p.624). Os investigadores indicam que a pandemia por Covid 19 teve um grande impacto no número e nas características das idas às urgências psiquiátricas. Os grupos mais vulneráveis identificados pelos investigadores foram os idosos, com incapacidade intelectual e pessoas em situação de desemprego. O mesmo estudo, que tem como primeiro autor Manuel Gonçalves-Pinho, identifica que os hospitais públicos registaram 25.385 hospitalizações por esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas, em oito anos. Em termos de caracterização das pessoas, a maioria é do sexo masculino (66%) e a idade oscila entre os 31 e os 50 anos. Verifica-se que o grupo etário prevalente nas mulheres são dos 51

³ Cintesis, 2020 (<https://cintesis.eu/pt/urgencias-psiquiatricas-diminuem-para-metade-por-causa-da-pandemia/>)

aos 70 anos de idade. A equipa deste estudo assume a importância e a “necessidade de reforçar o investimento nos cuidados de saúde mental (...) desde cuidados de proximidade, aos hospitais e às unidades de internamento de longa duração.” (p.625).

Num estudo transversal realizado por Afonso et al. (2015) avaliaram 811 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e dividiram-nos em dois grupos, por um lado as pessoas com distúrbios de sono e por outro lado, as pessoas com higiene do sono. Nesta investigação foram analisados o funcionamento pessoal, social e a satisfação com a vida. Os autores identificaram que nas pessoas com distúrbios do sono houve uma prevalência de sintomas. (p.34).

Gonçalves-Pinho, ao analisar os dados de 2008 a 2015 identifica que se assistiu a uma diminuição progressiva do número de hospitalizações, neste sentido, afirma que esta diminuição “está relacionada com a política progressiva de desinstitucionalização das pessoas com doenças psiquiátricas que tem sido adotada em Portugal nas últimas décadas” (p.628). De acordo com a literatura, a tentativa de suicídio pode ter uma correlação com a doença mental. Brandão e Fonte (2020) realizaram um estudo em que caracterizou em termos sociodemográficos as pessoas que se encontram internadas por tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos acompanhados no serviço de psiquiatria e concluiu que prevalece o sexo feminino, a faixa etária dos 31-40 anos, do concelho de Viana do Castelo (p.5).

Capítulo 3. A violência intrafamiliar na doença mental

3.1. A violência intrafamiliar

A violência familiar, conforme verificado anteriormente, entende-se pelo ato de violência contra um ou mais elementos da família. Cavalcanti (2018) refere que “a expressão da violência familiar é assinalada como um círculo vicioso do qual a saída é temerosa e difícil” (p.105). Acrescenta que a violência doméstica ocupa agendas desde 1980, demonstrando que não atinge apenas famílias de determinadas classes sociais, regiões, religiões ou etnias. Segundo Dias (2018),

“a permanência de uma cultura patriarcal e hegemónica, os atos de violência física, psicológica ou sexual contra mulheres foram colocados na pauta de uma ampla reação a níveis locais, nacionais e internacionais. As violências na intimidade são complexas e assinalam urgências em proteção e acesso à justiça e à cidadania” (p.105).

Por sua vez, Casimiro (2008) defende que “o conceito de violência doméstica ou intrafamiliar agrupa categorias distintas, como a violência conjugal, maus-tratos infantis e a idosos” (p. 581). Numa outra linha de pensamento, Calheiros e Monteiro (2000) afirmam que “os primeiros modelos teóricos explicativos para os maus-tratos, focam-se numa análise de variáveis intraindividuais das figuras parentais (...) ou em fatores sociais e culturais (...) como dimensões importantes na etiologia do comportamento maltratante” (p.154).

Relativamente à exposição de crianças ou jovens à violência, Carvalho & Sousa (2015) são claras na sua linha de pensamento ao identificarem a exposição à violência interparental como um fator de risco elevado para envolvimento em interações sociais violentas, fator este que aumenta drasticamente a probabilidade de relacionamentos violentos. As autoras vão mais longe ao refletir sobre o comportamento das crianças expostas à violência, o facto de não compreenderem os atos de violência por parte das pessoas de referência, pode levá-las a considerar que esse comportamento é aceitável (p.165). Em conformidade com o estudo anterior, Mendes e Sani (2015) corroboram e identificam que:

“as crianças expostas a violência interparental estão mais propensas a apresentar problemas emocionais em resposta ao conflito interparental e padrões mais amplos de dificuldades psicológicas do que crianças de lares não violentos. Estas crianças podem sofrer de problemas comportamentais, sociais, emocionais, psicológicos, cognitivos e físicos (p.173).

Devido à evolução do conhecimento científico e à complexidade dos desafios e problemas sociais, Antunes (2019), com sustentação nos estudos de Belsky (1980) e de Dutton (2006,

cit in Dias, 2018) apresentou uma abordagem explicativa multidimensional, em que apresenta os maus-tratos como um fenómeno psicossocial, multideterminado por fatores individuais (desenvolvimento ontogénico), familiares (microssistema), comunitários (exossistema) e culturais (macrossistema) (pp.150-151).

Dias (2018) defende que “os indivíduos se situam em múltiplos sistemas que influenciam a sua conduta” (p.9) e chama a atenção para a importância da complexa rede interrelacionada de sistemas que influenciam o comportamento humano, e em particular, o comportamento violento nas relações íntimas.

Chaves e Sani (2014) sublinham uma perspetiva em que

“a violência em contexto familiar é um fenómeno que envolve questões complexas referentes a aspetos como o género, as dificuldades e os problemas que podem afetar a relação entre os membros da família. Por outro lado, a violência intrafamiliar pode levar a consequências físicas, afetivas e comportamentais (...). De acordo com as diversas formas de violência em contexto familiar, a violência conjugal revela-se como uma das situações mais prevalentes, baseada no exercício de controlo sobre a vítima. (...) Na primeira fase, o ofensor acumula tensões do quotidiano que ele não sabe resolver sem recorrer à violência. Esta fase é caracterizada por agressões menores e ameaças. (...) Na fase da ocorrência da agressão, a vítima é alvo de maus-tratos físicos e/ou psicológicos (...) assumindo um papel de passividade. (...) Na última fase, o ofensor mostra-se arrependido e tenta desculpar-se com motivos externos, mostrando que este comportamento não voltará a repetir-se.” (p.6).

As mesmas autoras defendem que a abordagem ecológica ao fenómeno da violência (...) envolve uma diversidade de fatores pessoais, situacionais e socioculturais que interagem entre si. (...) Neste sentido, procura-se explicar a relação entre o indivíduo e o seu meio ambiente e social, considerando a influência de diversos fatores.” (Chaves & Sani, 2014, p.3). Num estudo que as referidas autoras apresentam em 2014, com dados de 3.148 famílias, avaliaram as dimensões cognitivas e comportamentais do papel parental referente ao grau de violência familiar na vida de uma criança. Como resultados, identificaram um

“estilo de família com perfil abusivo, sendo este perfil relacionado aos contextos familiares onde predomina a violência doméstica, a agressão física e psicológica (...) Outras famílias são caracterizadas por um perfil rígido, que se distingue pela existência de um ambiente familiar onde a violência é menos intensa. O perfil de famílias não abusivas enquadra-se num ambiente familiar onde não existe recurso à punição física como prática disciplinadora. Por último, nas famílias com perfil paradoxal, encontraram baixos níveis de violência doméstica, no entanto, estas recorrem à punição física como forma de disciplina.” (Chaves & Sani, 2014, p.5)

Walklate (2019) leva-nos para uma esfera de compreensão do potencial impacto psicológico da vitimização e da sua possível relação com a saúde mental e refere que “qualquer que seja

o tipo de experiência de vitimização, a capacidade do sujeito lidar com a situação pode ser mediada pelas suas próprias habilidades de confronto, e também com o apoio da família, amigos e comunidade em geral (p. 207).

De acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna (RASI) de 2018, no ano de 2017 foram registadas 32 291 denúncias, das quais 79% das vítimas são do sexo feminino. Em 53,3% dos casos, vítima e denunciado era cônjuges ou companheiros/as. Casimiro (2008) num estudo de género sobre a violência, identifica que

a violência no casal, física mas também psicológica, pode em alguns casos não estar relacionada com uma questão de género, mas antes com a própria dinâmica conjugal. (...) Tanto os homens como as mulheres podem ser agressores ou ser agredidos (...) contudo, a frequência, objetivos e consequências não serão idênticos. A questão não se deveria colocar em termos de quem agride mais ou menos, se existe ou não simetria de género no exercício de violência, porque as violências são distintas entre si (pp.595-596).

Por sua vez, Ferrão (2003) defende uma “abordagem integrada e centrada na pessoa, possibilitando o bem-estar, em que a proteção de vítimas de violência fosse privilegiada, numa atuação abrangente, levando a uma mudança de foco das situações de abuso para a identificação de famílias vulneráveis.” (p.135).

3.2. Violência em situação de doença mental

Cabral, Macedo e Vieira (2008) apresentam alguns estudos desenvolvidos no âmbito da doença mental e da violência. Referem, primeiramente, que “a maioria dos autores não questiona a existência de uma associação entre psicoses e comportamentos violentos, por se tratar de uma questão complexa e não compatível com abordagens simplistas.” (p.14). Estes autores abordam um estudo realizado por Convit (2008) com pessoas com esquizofrenia em regime de internamento. Foram avaliados dois subgrupos, um grupo com comportamentos de violência e outro grupo sem. Identificou como relevantes “a presença de lesões neurológicas, histórico criminal, antecedentes de comportamentos parassuicidários e ambiente familiar disfuncional na infância” (p.14). Os autores desenvolveram um “modelo estatístico das variáveis ambientais e circunstanciais na construção de um modelo globalmente compreensivo (...) identificando como relevantes a presença de lesões neurológicas, história criminal prévia, antecedentes de comportamentos parassuicidários e ambiente disfuncional familiar na infância” (Convit, 2008, p.14).

Cabral, Macedo & Vieira (2008) referem também que “alguns estudos sustentam a relação entre comportamento violento e género nos pacientes com esquizofrenia, informando que 90% dos atos violentos são cometidos por homens.” (p.14).

Alves e Rodrigues (2010) sob uma outra perspetiva, defendem que “a vivência em meios rurais isolados pode gerar condições propícias ao desenvolvimento de perturbações mentais.

O isolamento, a falta de transportes e comunicações, a dificuldade no acesso a meios de educação e formação profissional e a falta de oportunidades económicas podem condicionar graves dificuldades socioeconómicas que favorecem o aparecimento de doença mental, nomeadamente depressão.” (p.129). Os mesmos autores, identificam que

“a prevalência global de doença mental não é diferente entre homens e mulheres. No entanto, as mulheres têm um risco duas vezes superior aos homens, de sofrer uma PMC – Perturbação Mental Comum, como é o caso da depressão ou perturbação de ansiedade. Verifica-se que o género tem influência sobre muitos dos determinantes da saúde mental. Em países menos desenvolvidos, conforme analisam os autores, a baixa posição socioeconómica, o escasso acesso a recursos e os papéis sociais sustentados no duplo padrão são mais proeminentes, associando-se a situações de abuso, violência, pouca autonomia e dificuldade no acesso à educação.” (Alves & Rodrigues, 2010, p.129)

3.3. Impactos da violência na saúde mental

A saúde mental não deve ser considerada apenas como ausência de doença, mas sim como um estado de bem-estar pleno e efetivo. Caldas de Almeida (2018) acrescenta que “a este estado de saúde mental, que caracteriza por saúde mental positiva e bem-estar, contrapõem-se as diversas doenças mentais, que causam sofrimento psíquico e perturbam as capacidades emocionais, relacionais, cognitivas e produtivas de quem delas sofre. Uma pessoa, tal como refere o autor, pode padecer de uma doença mental e ter, pelo menos numa determinada fase da vida, alguma saúde mental” (p.13).

Paralelamente, Santos e Cruz (2018), enunciam que “as consequências negativas para as vítimas, manifestam-se ao nível do funcionamento global e ao nível da saúde mental e física” (p.84). No que concerne à saúde mental, a investigação apresentada pelos autores identifica como problemas psicopatológicos mais típicos os que se relacionam com sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, perturbação de *stress* pós-traumático, abuso de substâncias, tentativa de suicídio e problemas cognitivos (Santos & Cruz, 2018, p.84). Num estudo realizado por Witt, van Dorn e Fazel (2013) em que analisaram os fatores de risco associados à violência em adultos com diagnóstico de doença mental (45 533 pessoas), verificaram que 18% era violento, 87,8% tinha diagnóstico de esquizofrenia, 0,4% de perturbação bipolar e 11,8% outras psicoses. Os autores concluíram que alguns fatores dinâmicos, encontram-se associados ao aumento do risco de violência em pessoas com diagnóstico de saúde mental, desses fatores, salientam o comportamento hostil, o consumo de substâncias, a não adesão à psicoterapia, o uso abusivo do álcool e a não adesão à terapêutica medicamentosa (p.1).

Em contrapartida, a equipa de Sariaslan (2020) realizou uma investigação com 250 419 pessoas e concluiu que as pessoas com diagnóstico de doença mental, contrariamente aos seus irmãos, têm 3 a 4 vezes mais probabilidade de serem vítimas ou perpetradores de

violência. Os autores são da opinião que as intervenções clínicas devem ser pensadas de forma a avaliar e monitorizar o risco de violência em pessoas com diagnóstico de doença mental (p.359).

Taylor (2008) defende que as pessoas com doença mental são temidas e ao mesmo tempo, elas próprias, são vítimas de violência. Estimativa que cerca de 10% dos indivíduos com doença mental são violentos durante um período de pelo menos 12 meses (p.656).

3.4. O papel do Assistente Social

Bracons (2017) sugere que o Assistente Social deve adotar uma metodologia do atendimento integrado, referindo que “a intervenção é a principal resposta aos problemas sociais em situações de pobreza e exclusão social, pois enaltece os direitos humanos e de cidadania e minimiza os problemas sociais, através de um trabalho de proximidade e do trabalho em rede” (p.143). “Os principais objetivos do atendimento integrado são, otimizar os recursos das entidades ao nível do atendimento e acompanhamento, diminuir o número de famílias que cada técnico acompanha, identificar e implementar um gestor de caso por família; e uniformizar os procedimentos organizativos e critérios de avaliação.” (Carvalho, 2009, cit in Bracons 2017, p.143). Bracons (2017) acrescenta que “esta metodologia tem permitido um funcionamento e articulação entre as organizações com responsabilidades no atendimento, o aumento significativo da capacidade no atendimento às famílias e indivíduos, devido à descentralização e desburocratização, maior eficácia e eficiência no atendimento e respostas aos problemas das famílias” (p.144).

Numa outra perspetiva, Imamoto (1998, cit in Ferreira, 2015) defende que a “necessidade de desenvolver a capacidade de decifrar a realidade e compreender as estruturas sociais e as relações (...) implica uma abordagem multinível que procura integrar os níveis macro, meso e micro numa ação concertada e que reconhece que é nesta combinação interativa entre os diversos níveis que a busca de respostas deve ser procurada” (p.53). Segundo Ferreira (2015), “... a orientação do conhecimento assume-se na complexidade do mundo atual (...) como uma dimensão importante para a formação em Serviço Social na medida em que: o assistente social tem de ter o domínio macro – conhecimento da sociedade global, compreendendo as mudanças estruturais e conjunturais sentidas (...) ao nível do aumento das desigualdades sociais, desemprego, insegurança, redução dos direitos sociais, fragilidade do estado social” (p.53). Neste sentido, Cabral (2019) identifica que a vulnerabilidade social pode ser vista como uma consequência da desigualdade social.” (p.430).

Carvalho (2015) mostra-nos que “vivemos numa era do medo, agora com outros contornos (...). Nesta nova era há condições e sanções (...). É neste contexto, marcado pela incerteza e pelo risco, que se desenvolve e se constrói atualmente o Serviço Social, onde imperam tensões e dilemas e onde os assistentes sociais são desafiados a ter uma atitude crítica e

reflexiva – política” (p.3). Carvalho (2015) considera os contextos sociais mais alargados, assumindo que o pensamento do Serviço Social, a teoria e a prática social, são interdependentes, pois uma prática que se quer transformadora exige conexões e ligações constantes entre as capacidades dos sujeitos e as oportunidades, e entre a teoria e a prática.” (p.3). Segundo Ferreira (2015)

“o assistente social tem de ter, também, o domínio meso – o conhecimento da organização social atual do Estado e da sociedade civil, a compreensão dos referenciais de política económica (...) com consequente enfraquecimento das políticas sociais e da proteção social. Existe, ainda, um domínio micro, que passa pelo conhecimento da realidade social, do contexto sociocultural e familiar e das condições de vida da pessoa” (p.53).

Na prática profissional, é fundamental diagnosticar as necessidades e de acordo com o modelo integrado, criar sinergias para que seja possível a resolução das situações. Em termos gerais, implica que “o assistente social seja capaz de compreender o problema apresentado e que assuma (...) o seu envolvimento na busca de respostas, participando de forma ativa e comprometida no processo.” (Payne, 2009, cit in Ferreira 2015, p.56). Ferreira (2015) acrescenta que é necessário um profissional ampliar as possibilidades de atuação e vislumbrar novas respostas, nomeadamente em momentos de profundas transformações na vida social, em que “os contextos de crise económica se aprofundam e a incapacidade de resposta à procura e problemas crescentes se evidencia.” (p.57).

Por outro lado, em situações de violência, segundo Costa (2010) a co-ocorrência de problemas complexos representam um desafio na intervenção, logo, modelos de resposta coordenada têm de se afirmar como estratégia essencial de combate à violência conjugal.

“As respostas (...) assentes na coordenação entre serviços e na colaboração interinstitucional pretendem ser formas de intervenção compreensivas, coerentes e desenvolvidas a nível local. O pressuposto é o de que a coordenação entre os atores sociais presentes na comunidade, e que direta ou indiretamente têm contacto com situações de violência conjugal, representa uma possibilidade de melhoria na intervenção, aumentando a segurança das vítimas, a responsabilização do agressor e o envolvimento ativo da comunidade na construção de uma sociedade livre de violência.” (Pence & Shepard, 1999, cit in Costa, 2010, p.130).

Por sua vez, os mesmos autores defendem também que:

“as componentes que definem uma resposta coordenada à violência conjugal estão interligadas envolvendo: a defesa e proteção dos direitos das vítimas, a responsabilização criminal dos agressores através da sanção do seu comportamento, o acompanhamento individualizado de vítimas e de agressores (com programas de reabilitação de agressores complementares à sanção do seu comportamento) e o fortalecimento da proteção coletiva organizada,

passando por uma monitorização do sistema de respostas” (Pence & Shepard, 1999, cit in Costa, 2010, p.130).

Shepard (1999, cit in Costa, 2010) organiza os modelos de intervenção assentes numa resposta coordenada à violência conjugal em três tipos:

- Projetos de intervenção comunitária (*Community Intervention Projects*), focam a melhoria da coordenação das várias respostas institucionais dirigidas à violência conjugal existentes nas comunidades tendo como principal finalidade o desenvolvimento comunitário, promovendo-o através da participação dos cidadãos na resolução dos problemas que os afetam. - Projetos de reforma do sistema de justiça criminal, maioritariamente localizados nos gabinetes de procuradores públicos que são quem toma a iniciativa de coordenar as respostas dirigidas à violência conjugal fazendo-o a partir do sistema de justiça. “As situações que estão documentadas têm origem nos EUA e revelam que estes projetos têm promovido a emergência de modelos de intervenção social baseados na gestão integrada de casos, colocando os profissionais judiciais e dos serviços de apoio social a trabalhar em articulação. - Conselhos de coordenação comunitária (*Community Coordination Council*) funcionam como um *fórum* comunitário, organizado de raiz e têm como principal finalidade aprofundar a comunicação interinstitucional e a colaboração entre os profissionais” (Allen, 2005, cit in Costa, 2009).

Conforme previsto, dada a complexidade das situações e da vulnerabilidade social, e particularmente em situações de violência em contexto familiar, é fundamental que a intervenção seja realizada de acordo com a perspetiva biocêntrica. Em termos de estratégias de intervenção, é importante intervir integrando o planeamento estratégico, o trabalho colaborativo e pensar, numa perspetiva integradora, nas redes sociais e parcerias.

Em situações de vulnerabilidade social, as redes de vizinhança, familiares e sociais são essenciais e devem ser integrados na intervenção. Muitas vezes, em contexto de ruralidade e periferia urbana, são as redes de vizinhança a referência, que apoiam e suportam ao nível da alimentação, de acompanhamento, vigilância ou socialização. Por outro lado, o planeamento estratégico permite que a intervenção seja delineada numa ótica de cooperação entre parceiros locais, na mesma área territorial.

3.5. Políticas de Saúde Mental em Portugal

A Lei Saúde Mental (Lei nº36/98 de 24 de julho), lei pioneira, estabelece os princípios gerais da política de saúde mental em Portugal.

Em 2001, no Relatório Mundial da Saúde- Atlas de Saúde Mental, são enumerados dados comparativos de alguns países sobre sistemas de saúde mental. Em 2008, foi concebido o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), que prevê as estratégias para a saúde mental.

No ano de 2013, criado pela Organização Mundial de Saúde, foi criado o Plano de Ação para a Saúde Mental (2013-2020), apresentando objetivos até 2020. Ainda em 2013, foi criado um instrumento a nível europeu, a Ação Conjunta para a Saúde e Bem-estar Mental (2013-2016). Em 2015, ano da criação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, foi reconhecida a necessidade de promoção da saúde mental e da prevenção das perturbações mentais. Em 2017, foi dada a conhecer a avaliação do plano nacional de saúde mental 2007/2016 e foram estendidas para 2020 propostas prioritárias, identificados constrangimentos na implementação do mesmo e atualizado para 2017-2020, alinhado com o Plano Nacional de Saúde⁴.

O Plano Nacional de Saúde (PNS, 2017-2020) mais recente, orienta-se pelos valores “da saúde mental indivisível da saúde em geral, pelos direitos humanos, pelos cuidados na comunidade, pela coordenação e integração de cuidados, pela abrangência, pela participação comunitária, pela proteção dos grupos especialmente vulneráveis, pela acessibilidade e equidade e pela recuperação.” (PNS, 2017-2020).

O Plano apresenta como objetivos

“assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis, promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental, reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção de saúde mental das populações, promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, nos utentes e nas suas famílias, promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde” (PNS, 2017-2020).

Segundo o Relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019), “o Plano Nacional de Saúde Mental, em Portugal, 2007-2016 e a extensão a 2020, definiu as estratégias para a área da saúde mental, incluindo a reforma dos serviços de saúde mental. Porém, embora contenha objetivos concretos, o Plano não teve o apoio político e os recursos financeiros necessários à sua plena implementação.” Sequencialmente, é referido no Relatório supracitado que as principais políticas na área da saúde mental em Portugal foram orientadas pelos princípios de justiça, equidade e respeito pelas pessoas que vivem com problemas de saúde mental.

Mantendo-nos no Relatório (2019), em virtude da análise do modelo proposto por Lund et al (2018), existem cinco domínios-chave em termos de determinantes sociais da saúde mental, identificam-se por: domínio demográfico, económico, ambiental, social e cultural.

⁴ Dados cronológicos das principais políticas e estratégias de saúde mental no contexto nacional e internacional, em esquema, fonte: Relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019)

No que respeita a desenvolvimento estratégico, o Plano Nacional divide-se em 11 pontos-chave, nomeadamente, organização dos serviços de saúde mental de adultos, organização

dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência, saúde mental e cuidados de saúde primários, articulação inter-sectorial, legislação de saúde mental e direitos humanos, financiamento e gestão, sistema de informação, avaliação e garantia de qualidade, recursos humanos, articulação com ordens religiosas e investigação.

Em 2019, foi aprovada a Base 13 da nova Lei de Bases da Saúde, em anexo à Lei 95/2019 de 4 de setembro, que estabelece o seguinte:

“(…) os *cuidados de* saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, ao nível da comunidade” (Lei 95/2019 de 4 de setembro).

A 14 de dezembro de 2021, é estabelecido o Decreto-Lei nº113/2021 que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.

Deste modo, é definido que:

“(…) *cabe ao Estado promover a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a ela associados.*” Decreto-Lei nº113/2021

O mesmo decreto-lei prevê, no art.º 15, os serviços locais de saúde mental e no art.º 18 verifica-se a constituição de equipas comunitárias de saúde mental, com o objetivo de assegurar a prestação de cuidados em articulação com as pessoas com perturbação mental, famílias e elementos da comunidade. É referido no art.º 32 que o processo de integração de cuidados de saúde mental a nível local estará concluído em 2025.

Parte II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4. Objetivos e Hipóteses

4.1. Pertinência da investigação

A pertinência da temática sustenta-se nas fragilidades encontradas na experiência profissional no âmbito da intervenção com estes indivíduos em Portugal e na necessidade experienciada na prática interventiva da ausência de diretivas para um diagnóstico social específico desta população, com o objetivo de que seja possível definir variáveis orientadoras para potenciar uma intervenção mais concertada, mais objetiva e em conformidade com os recursos dos técnicos e as necessidades das pessoas com perturbação mental. É fundamental que as instituições, equipas e técnicos com legitimidade de intervenção na área da saúde mental criem estratégias de análise, reflexão e de intervenção, de acordo com cada situação. Aliando o enquadramento teórico relativo à saúde/doença mental, violência e violência intrafamiliar, ao enquadramento empírico, pretende-se, com esta investigação, conhecer a perceção de indivíduos com doença mental, relativamente ao seu papel de vítima e/ou agressor a nível intrafamiliar, a sua perceção de agressividade e dos fatores de risco e de proteção individuais, familiares, comunitários e institucionais de forma a criar bases consolidadas para a intervenção social na área da saúde mental.

4.2. Objetivos da investigação

4.2.1. Objetivos gerais

Foram definidos três objetivos gerais, nos quais se pretende:

1. Identificar, nos indivíduos com diagnóstico de doença mental, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar.
2. Conhecer a perceção da agressividade de indivíduos com diagnóstico de doença mental.
3. Conhecer a perceção dos indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social, relativamente aos fatores de risco e proteção.

4.2.2 Objetivos específicos

Quanto a objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

Em relação ao objetivo geral 1:

- 1.1. Identificar, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar.
- 1.2. Identificar, nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar.

1.3. Identificar, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar.

Em relação ao objetivo geral 2:

2.1. Conhecer a perceção de agressividade total por parte dos indivíduos que possuem doença mental.

2.2. Conhecer a perceção de agressividade verbal, física, afetiva e cognitiva por parte dos indivíduos que possuem doença mental.

Em relação ao objetivo geral 3:

3.1. Identificar os fatores de risco e de proteção individuais, por parte de indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social.

3.2. Identificar os fatores de risco e de proteção familiares, por parte de indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social.

3.3. Identificar os fatores de risco e de proteção na comunidade, por parte de indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social;

3.4. Identificar os fatores de risco e de proteção ao nível institucional por parte de indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social.

Capítulo 5. Metodologia

Nesta fase, após a realização do enquadramento conceptual, pretende-se delinear o projeto de investigação. O objetivo é a realização de investigação/ação, através do conhecimento territorial da população e da parceria com instituições/entidades a intervir com população com doença mental. De seguida, será realizada uma abordagem sobre os princípios éticos, serão descritas as variáveis da metodologia aplicados na investigação, serão definidos os participantes, apresentados os instrumentos de recolha de dados, o procedimento, as estratégias de recolha de dados e por fim, a análise dos dados e apresentação dos mesmos.

5.1 Princípios Éticos do investigador/ profissional

Cabe aos profissionais, perante situações concretas, tensas e quase sempre urgentes, encontrar o procedimento ético adequado e resolver os eventuais dilemas que se pode defrontar (Núncio, 2014, p.274).

Segundo Esgaio, (2014)

“a atuação do Serviço Social é enquadrada por princípios éticos orientadores do tipo de sociedade que se pretende construir. Nesse sentido, o princípio ético que sustenta esta investigação é o da justiça social, o combate à discriminação, com base na idade, cultura, sexo, estado civil, estatuto socioeconómico, opiniões políticas, características étnicas ou físicas, orientação sexual ou crença”. (Esgaio, 2014, p.215)

Na Declaração de Princípios Éticos, a Federação Internacional de Assistentes Sociais (2004) promove uma atuação do Serviço Social baseada no respeito pelo valor e dignidade da pessoa e na promoção da integridade e bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual, que se traduz no respeito pelo direito à autodeterminação e à participação”. Por sua vez, Esgaio (2014) sublinha que na “definição de Serviço Social enquanto elemento estruturador, encontra-se explícito a premissa de o princípio da responsabilidade coletiva enquanto princípio de atuação. A responsabilidade coletiva reforça a necessidade de promoção de relações de reciprocidade entre indivíduos, elemento essencial no processo de construção da coesão social, apoiando a (re)construção de uma cultura de solidariedade” (p.212). Carmo (1995, cit in Esgaio, 2014) refere que o Código Internacional de Deontologia para o/a Assistente Social, na sua Declaração de Princípios e Valores, divide-se em dois grandes princípios: Direitos Humanos e Dignidade Humana e Justiça Social (p.215). Em primeiro lugar, o Serviço Social baseia-se no respeito pela dignidade a todas as pessoas, devendo, os assistentes sociais respeitar o direito à autodeterminação, promover o direito à participação, tratar de cada pessoa como um todo e identificar e desenvolver competências dos indivíduos, grupos e comunidades. Em segundo lugar, relativamente à justiça social, os profissionais devem rejeitar

a discriminação negativa, devem reconhecer a diversidade, distribuir os recursos equitativamente, desafiar práticas e políticas injustas e trabalhar numa perspetiva solidária (Federação Internacional de Assistentes Sociais, 2004).

Foi assente nestes pressupostos que a investigação foi desenvolvida.

5.2 Descrição de Variáveis

Nas palavras de Coutinho (2019), “em investigação social, estudamos os conceitos abstratos (classe social, aptidões cognitivas, aproveitamento, sucesso, liderança, atitudes) que tomam a forma de variável se lhes associarmos determinados atributos. (...) Por exemplo, “classe social” pode ser operacionalizada por atributos múltiplos, “rendimento familiar”, nível educacional”, “profissão”. De acordo com o critério de classificação metodológico, são definidos os conceitos de variável independente e variável dependente. “A variável independente é uma premissa que o investigador manipula (...) pode ser uma situação característica ou fenómeno que possa assumir pelo menos dois níveis por forma a comparar grupos. Por outro lado, a variável dependente, define-se como a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente.” (p.71). No estudo, pretende-se conhecer a perceção dos indivíduos com doença mental relativamente aos fatores de risco e proteção para a violência intrafamiliar. Em termos de variável independente, identifica-se a doença mental, é o fator base, que irá influenciar ou determinar as variáveis dependentes. No que respeita às variáveis dependentes, identifica-se a violência intrafamiliar (agressor e/ou vítima), a agressividade (total, verbal, física, afetiva e cognitiva) e os fatores de risco e de proteção (individuais, familiares, contextuais e institucionais).

5.3 Participantes

Coutinho (2019) define:

“amostragem enquanto o processo de seleção dos sujeitos que participam no estudo”. Sujeito é o indivíduo de quem se recolhem dados (participantes em investigação). População é o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum.” (p.89).

A mesma autora apresenta dois tipos distintos de amostragem: “probabilística e não probabilística. A primeira acontece quando o método de seleção é aleatório e a não probabilística acontece quando não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população.” (p.95). A amostragem identifica-se como não probabilística criterial, dado que os indivíduos serão selecionados de acordo com um denominador comum (“o investigador seleciona segmentos da população para o seu estudo segundo um critério pré-definido” (Coutinho, 2019, p.95). Neste estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 26 pessoas com diagnóstico de doença mental, com e sem integração

institucional. De seguida, será realizado um enquadramento sociodemográfico mais detalhado sobre esta população.

5.3.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra é constituída por 26 indivíduos com diagnóstico de doença mental que se encontram numa de duas situações, de integração ou de não integração em resposta institucional. Dos 26 entrevistados, nove têm diagnóstico de bipolaridade (34,6%), nove de perturbação de humor (34,6%) e oito de esquizofrenia (30,8%) (Ver Tabela 2).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Esquizofrenia	8	30,8	30,8	30,8
P. Humor	9	34,6	34,6	65,4
Valid P. Bipolar	9	34,6	34,6	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Tabela 2. Diagnóstico dos Participantes
Fonte: Elaboração Própria (2022)

Do total de entrevistados, 12 (46,15%) são do sexo feminino e 14 (53,85%) masculino (Ver Gráfico 4).

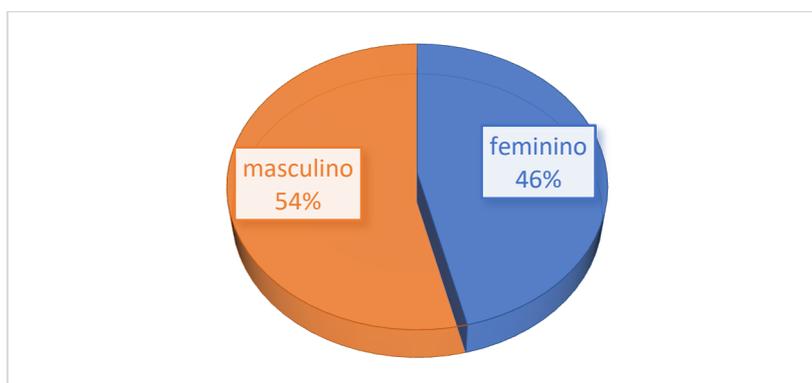


Gráfico 4. Sexo dos Participantes
Fonte: Elaboração Própria (2022)

Quanto ao contexto institucional, a maioria (n=16; 61,5%) não se encontra integrada em resposta institucional e 10 (38,5%) encontram-se integrados.

A idade média é de 54,81 anos (DP=10,83), com um intervalo de variância de idades entre os 28 e os 71 anos (Ver Tabela 3).

		Idade
N	Valid	26
	Missing	0
	Mean	54,8077
	Std. Deviation	10,82966
	Minimum	28,00
	Maximum	78,00

Tabela 3. Idade dos Participantes

Fonte: Elaboração Própria (2022)

Em termos de escolaridade, a maioria (n=9; 34,6%) estudou até ao 1º ciclo do ensino básico, seguindo-se os estudos no 3º ciclo (n=7; 26,9%) e ensino secundário (n=7; 26,9%) e a minoria frequentou o 2º ciclo (n=2; 7,7%). Só um indivíduo (3,8%) frequentou o ensino universitário, tendo as habilitações de mestrado (Ver Gráfico 5).

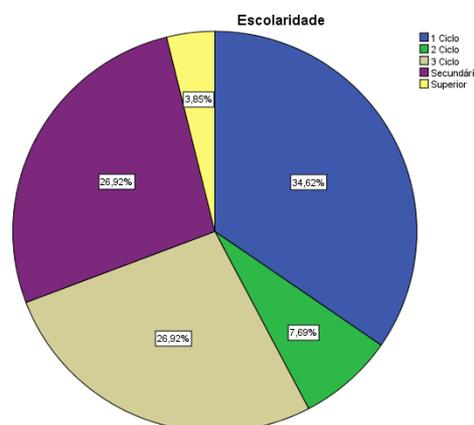


Gráfico 5. Escolaridade dos Participantes

Fonte: Elaboração Própria (2022)

Das 26 pessoas entrevistadas, 9 têm pensão por invalidez, 8 encontram-se em situação de desemprego, 3 em situação de incapacidade temporária, 3 são profissionalmente ativos e 3 auferem pensão por velhice, ou seja, a maioria encontra-se em situação de incapacidade ou pensão (57,7%), 30,8% desempregado e 11,5% ativo profissionalmente (Ver Tabela 4).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ativo	3	11,5	11,5
	Desempregado	8	30,8	42,3
	Incapacidade temporária/Pensão	15	57,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0

Tabela 4. Situação Profissional dos Participantes

Fonte: Elaboração Própria (2022)

Relativamente às profissões, verifica-se uma prevalência nas áreas de mecânica e eletrotécnica (n=5) e construção civil (n=3) nos homens e nas mulheres as áreas de trabalho fabril (n=3), limpezas (n=2) e domésticas (n=2). Neste sentido, a grande maioria das pessoas, conforme referido infra, já não se encontra em situação ativa. Verificam-se, então, as seguintes profissões, ajudante de lar (n=1), assistente técnica numa autarquia local (n=1), cabeleireira (n=1), chefia numa empresa de têxteis (n=1), comercial (n=1), *chef* de cozinha (n=1), doméstica (n=2), eletromecânico (n=1), empilhador em superfície comercial (n=1), empregada de limpeza (n=2), funcionário em *stand* de automóveis (n=1), mecânico (n=1), motorista comercial (n=1), operadora fabril (n=3), pedreiro (n=1), servente (n=2), técnico de eletrónica (n=1), técnico de manutenção de peças de automóvel (n=1), trabalhadora agrícola (n=1), tradutor (n=1) e vigilante (n=1).

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas, 3 pessoas (11,5%) com diagnóstico de esquizofrenia e 1 pessoa (3, 8%) com perturbação bipolar verbalizaram consumir substâncias psicoativas.

5.4. Instrumentos de recolha de dados

“Definido o problema, as hipóteses, as variáveis, selecionada a amostra, o passo seguinte tem a ver com a recolha de dados empíricos. Trata-se de saber “o quê” e “como” vão ser recolhidos os dados, que instrumentos vão ser utilizados, questões fundamentais dependentes da qualidade científica e conclusões.” (Coutinho, 2019, p.105).

Nesta sequência, definidos os objetivos, as variáveis e os participantes, importa analisar a metodologia mais adequada para aplicar, para que seja possível atingir os objetivos previamente delineados. Deste modo, foi utilizada a metodologia quali-quantitativa, na medida em que foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e foi aplicado o questionário de agressividade de Buss-Perry (AQ).

A entrevista, “(...) *pressupõe uma interação entre o entrevistado e o investigador, possibilitando a este último a obtenção de informação que nunca seria conseguida através de um questionário (...)*” (Coutinho, 2019, p.141). Por sua vez, “(...) *as entrevistas devem ser gravadas e transcritas para posterior análise e interpretação, o que implica recorrer a técnicas de análise de conteúdo.*” (Coutinho, 2019, p.142). As entrevistas aplicadas tiveram por base um guião de entrevista, inicialmente, foram solicitadas informações sociodemográficas relevantes para a investigação, com o objetivo de caracterizar a amostra.

De seguida, a entrevista foi estruturada em 4 grupos de questões. No primeiro, identificam-se fatores e rotinas individuais, no segundo, fatores e rotinas familiares, no terceiro, fatores contextuais/ comunitários e no último/quarto grupo, identificam-se os fatores institucionais. No

primeiro grupo, foram realizadas 14 questões, no segundo, 11 questões, no terceiro, quatro questões e no último, três questões.

Após a realização da entrevista, foi aplicado o questionário de agressividade, desenvolvido por Buss e Perry, em 1992 e validado para a população Portuguesa por Cunha e Gonçalves, em 2012. O questionário é composto por 29 itens, tem como objetivo principal avaliar a percepção de agressividade (física, verbal, afetiva, cognitiva e total) por parte dos indivíduos ($\alpha = 0.89$; versão Portuguesa $\alpha = 0.87$;). As possibilidades de resposta do questionário são compostas por uma escala de likert de cinco pontos, de 1 (nunca ou quase nunca) a 5 (sempre ou quase sempre). A escala é constituída por quatro subescalas: agressividade física (9 itens) ($\alpha = 0.85$; versão Portuguesa $\alpha = 0.80$), agressividade verbal (5 itens) ($\alpha = 0.72$; versão Portuguesa $\alpha = 0.60$), agressividade afetiva (7 itens) ($\alpha = 0.83$; versão Portuguesa $\alpha = 0.81$) e agressividade cognitiva (8 itens) ($\alpha = 0.77$; versão Portuguesa $\alpha = 0.73$) (Cunha & Gonçalves, 2012).

5.5. Análise de dados estatísticos

Segundo Coutinho (2019) “a análise de texto e análise de dados em estudos em que os dados tomam a forma de texto dito ou escrito, é um conjunto de técnicas de análise de comunicações.” (p.217). Coutinho (2019) defende também que a análise de conteúdo ocorre em três momentos: Pré-análise, exploração e tratamento dos resultados. “Após a organização do material, da formulação das hipóteses e dos indicadores elaborados, no caso das entrevistas, deverão ser previamente transcritas e a sua junção constitui o corpus da pesquisa.” (p.217). “Relativamente à fase da exploração de material, é a fase onde são tomadas as decisões da pré-análise. Pretende-se proceder à codificação dos dados brutos, que são transformados, num processo sistemático que tem como objetivo atingir uma representação do conteúdo.” (Coutinho, 2019, p. 218). No que concerne ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, Coutinho (2019) apresenta que “é preciso comparar enunciados e ações entre si” (p.221). Durante a interpretação dos dados, é necessário voltar aos marcos teóricos pertinentes à investigação. (...) Da mesma família de técnicas de análise qualitativa são também a “análise conversacional” e a “análise de discurso.” (p. 222).

Nesta investigação, para a análise de conteúdo, foram realizadas tabelas individuais para cada pessoa, divididas por categorias (doença mental e violência intrafamiliar), dimensões (perturbação de humor, perturbação bipolar e esquizofrenia), variáveis (individuais, familiares, contextuais e institucionais), subvariáveis (fatores de risco e fatores de proteção), sub-subvariáveis (referência a possibilidades de fatores de risco e protetores em todos os domínios na vida dos indivíduos), sub-sub-sub variáveis (evidências com base nas entrevistas, de fatores de risco e de proteção) e resultados. De seguida, foi realizada uma tabela por tipologia

de doença, por sexo, com todos os fatores de risco e protetores identificados, em todas as variáveis.

Relativamente à análise do questionário de agressividade de Buss e Perry, em primeiro lugar obteve-se os valores de corte para a população Portuguesa, tendo referência de médias e desvios-padrão respetivos. Sequencialmente foi realizada uma tabela com todos os valores às 29 respostas do questionário. Com esta tabela foi possível verificar e calcular os dados referentes à agressão total, agressão física, agressão verbal, domínio cognitivo e afetivo. Paralelamente, efetuaram-se quadros, divididos por diagnóstico, sexo e integração/ausência de integração institucional, para uma obtenção da média dos resultados. Seguidamente, analisaram-se os resultados e foi efetuada a análise comparativa aos valores de referência da população portuguesa.

5.6. Estratégias de recolha de dados

Em termos de técnicas de recolha de dados, começou por se preencher uma grelha de observação de comportamentos. A segunda técnica de recolha de dados foi a entrevista, conforme referido anteriormente. Coutinho (2019) refere que “as entrevistas são uma poderosa técnica de recolha de dados porque pressupõe uma interação entre o entrevistado e o investigador, possibilitando a este último a obtenção de informação que nunca seria conseguida através de questionário.” (p.141). Foram realizadas as entrevistas semiestruturadas e de seguida, aplicados os questionários de agressividade.

5.7. Procedimento

Depois de definida a questão de partida, os objetivos e a população-alvo do estudo, a proposta de investigação foi submetida e aprovada pelo Conselho Científico do Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona de Lisboa.

Numa segunda fase, quando promovida a análise da população, verificou-se que existia uma grande variação entre diagnósticos de doenças mentais, e para tal, foi necessário recorrer a instituições com legitimidade de intervenção na área da saúde mental.

De seguida, realizou-se o contacto inicial com as instituições, foram efetuadas diligências para pedido de investigação formal, pelo Diretor do ISS - Universidade Lusófona e encaminhados os pedidos oficiais para diversas instituições. Devido à instabilidade, no âmbito da situação pandémica, foram obtidas respostas negativas por parte da maioria das instituições. No entanto, após um reforço nos contactos, foram obtidas três respostas positivas. É de facto, de valorizar, a oportunidade que as instituições proporcionaram na realização de entrevistas, via ZOOM. Apesar de não ter existido contacto presencial, é possível verbalizar que no decorrer das entrevistas houve capacidade, na perspetiva da investigadora, de promover uma relação empática. No que respeita ao processo de entrevista via telefone, compreende-se que houve

algumas falhas técnicas ao nível sonoro, mas foram rapidamente ultrapassadas. Um dos pontos positivos foi que as pessoas não precisaram de se deslocar. Contudo, o método preferencial foi a realização das entrevistas presenciais, promovidas através de um acrílico e mantendo a devida distância.

Após as entrevistas, foi aplicado o questionário de agressividade de Buss e Perry. É importante referir que na aplicação do questionário, foi possível acrescentar/complementar dados que na entrevista as pessoas podiam, eventualmente, sentir-se pouco à vontade em verbalizar. Aconteceu, num número significativo de entrevistas, os indivíduos contextualizarem episódios de violência após as questões do questionário.

Em termos cronológicos, foram realizadas as entrevistas presenciais e telefónicas ao longo do mês de março, que se prologaram pelos meses de abril e maio. Nos meses de maio e junho foram realizadas as entrevistas via ZOOM.

Capítulo 6. Apresentação dos resultados

Este capítulo apresenta os resultados obtidos ao longo de todo o processo de investigação até obtermos resposta às questões de partida: Qual a representação dos indivíduos com doença mental relativamente aos papéis de vítima e/ou agressor de violência intrafamiliar? Qual a sua perceção de agressividade? Quais os fatores de risco e de proteção que os indivíduos com doença mental e em situação de violência intrafamiliar contemplam?” Os resultados encontram-se alinhados aos objetivos da investigação e serão apresentados em função dos mesmos.

OE1.1. Identificar, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar

Considerando a amostra com perturbação de humor (n=9), verifica-se que cinco se consideram vítimas (55,5%), duas agressores/as (22,22%) e uma vítima e agressora (11,11%) (ver Gráfico 6).

Por forma a ilustrar estes resultados de acordo com o referido em contexto de entrevista, partilha-se excerto de uma pessoa com diagnóstico de perturbação de humor, identificando-se como vítima.

“Era com a minha avó, dava-me comer. Levou-me para lá, mas havia um problema. Ela levou-me porque estava sozinha (...) Ela bebia. Batia-me. Ela não se pôde vingar na minha mãe. Ela batia-me, não sei porquê, quando calhava, quando bebia. Viu em mim a revolta de se vingar em mim pela minha mãe se ter casado com o meu pai. Eu andava descalça, passava fome. Digo-lhe uma coisa, há muita coisa que não está habituada a isto.” (e11)

OE1.2. Identificar, nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar

Das oito pessoas com esquizofrenia, três consideram-se vítimas (37,50%), e uma vítima e agressora (12,5%) (Ver Gráfico 6).

OE1.3. Identificar, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar

Das nove pessoas com perturbação bipolar, três consideram-se vítimas (33,30%) (Ver Gráfico 6).

Em contexto de entrevista, partilha-se, um exemplo de verbalização de uma situação clara de violência doméstica e de exposição à violência.

“Começava a partir as coisas (o pai), sim. Dava murros. Nas coisas. E também na minha mãe. A mim não. Nunca me tocou. A minha mãe de manhã pegava em mim e íamos para as patroas.” (e.19)

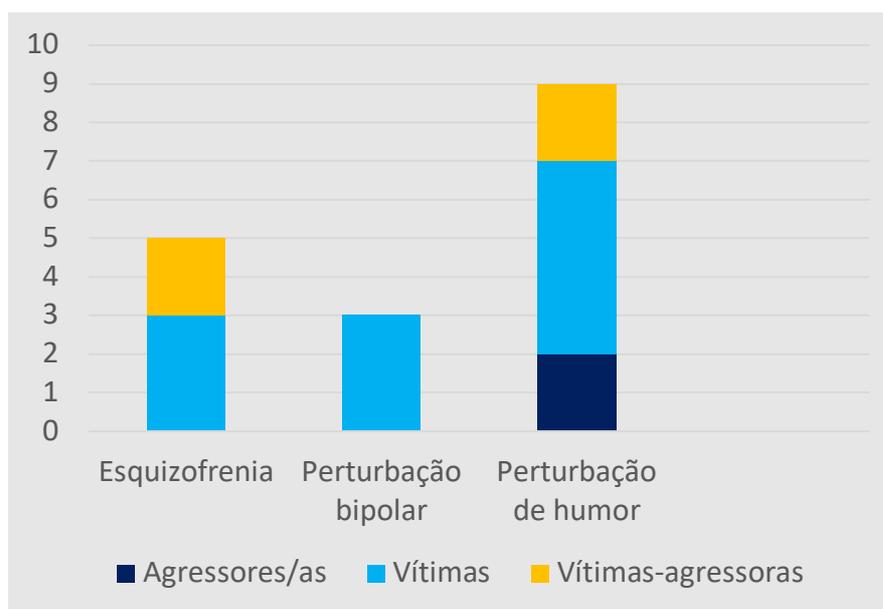


Gráfico 6. Papéis de Vítima/ agressor/a por doença mental
Fonte: Elaboração Própria (2022)

OE2.1. Conhecer a percepção de agressividade total por parte dos indivíduos que possuem doença mental

O valor médio de agressividade reportada pelos 26 indivíduos foi 76,23. As 12 mulheres apresentaram uma média de agressividade de 79 (os valores de corte da população feminina portuguesa são $M=70,84$; $DP=13,22$ intervalo entre 57,62 e 84,06) e homens apresentaram uma média de agressividade de 73,8 (sendo os valores de referência do sexo masculino $M=75,67$; $DP=14,56$ intervalo entre 61,11 e 90,23).

Dos oito indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, verifica-se uma percepção média de agressividade de 74,6, sendo os valores ligeiramente mais baixos no sexo masculino ($n=5$; $M=74$) comparando-os com o sexo feminino ($n=3$; $M=75,6$), ao contrário dos valores de referência da literatura que atribui valores mais elevados ao sexo masculino.

Destes, verifica-se que 3 apresentam valores acima dos normativos (119,108 e 84).

Nos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, verifica-se uma percepção média de agressividade de 78,4, sendo os valores ligeiramente mais altos no sexo masculino ($n=3$; $M=78,6$) comparativamente ao sexo feminino ($n=6$; $M=78,3$). Destes, considera-se que 3 apresentam valores acima dos normativos (110, 89 e 88).

Nas nove pessoas com diagnóstico de perturbação bipolar, verifica-se uma perceção média de agressividade de 75,4, sendo que os seis indivíduos do sexo masculino apresentaram uma perceção de agressividade mais baixa ($M=71,3$) do que as três do sexo feminino ($M=83,6$). Destes, três apresentam valores acima dos considerados normativos (97; 97; 86).

OE2.2. Conhecer a perceção de agressividade verbal, física, afetiva e cognitiva por parte dos indivíduos que possuem doença mental

O valor médio de agressividade afetiva identificada pelos 26 indivíduos foi 18,92, o que demonstra valores dentro dos normativos para a população portuguesa. As 12 mulheres apresentaram uma média de agressividade afetiva de 20,75 (os valores de corte da população feminina portuguesa são $M=22,42$; $DP=5,7$, intervalo entre 16,73 e 28,13) e homens apresentaram uma média de agressividade de 17,35 (sendo os valores de referência do sexo masculino $M=22,64$; $DP=5,16$, intervalo entre 17,48 e 27,8).

Nos oito indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, verifica-se uma perceção média de agressividade afetiva de 17,6, sendo os valores sensivelmente mais elevados no sexo masculino ($n=5$; $M=18$) comparativamente com os dados do sexo feminino ($n=3$; $M=17$).

Destes, somente um apresenta valores acima dos normativos (31).

No que respeita aos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, verifica-se uma perceção média de agressividade afetiva de 21,2, sendo os valores ligeiramente mais elevados no sexo feminino ($n=6$; $M=21,8$) relativamente ao sexo masculino ($n=3$; $M=20$).

Nestes valores, verifica-se apenas um indivíduo com valores acima dos normativos (32).

Relativamente aos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, verifica-se uma perceção média de agressividade afetiva de 17,7, sendo os valores substancialmente mais elevados no sexo feminino ($n=3$; $M=22,3$) comparativamente com o sexo masculino ($n=6$; $M=15,5$). Não existem indivíduos que apresentem valores acima dos normativos.

No que concerne à agressividade física, o valor médio, identificado pelos 26 indivíduos foi 21,01, o que demonstra valores dentro dos normativos para a população portuguesa. As 12 mulheres apresentaram uma média de agressividade física de 20,08 (os valores de corte da população feminina portuguesa são $M=16,95$; $DP=5$, intervalo entre 11,95 e 21,95) e homens apresentaram uma média de agressividade de 21,9 (sendo os valores de referência do sexo masculino $M=19,85$; $DP=6,23$, intervalo 13,62 e 26,08).

Nos oito indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, verifica-se uma perceção média de agressividade física de 23,7, sendo os valores mais elevados no sexo feminino ($n=3$; $M=25,3$) comparativamente com os valores do sexo masculino ($n=5$; $M=22,8$). Destes, verificam-se 4 indivíduos que apresentam valores acima dos normativos (28, 35, 37, 27).

Relativamente aos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, verifica-se uma perceção média de agressividade física de 18,66, sendo os valores mais elevados no sexo masculino (n=3; M=22,33) comparativamente com os valores do sexo feminino (n=6; M=16,8).

Destes, verificam-se que dois apresentam valores acima dos normativos (25, 39).

Nos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, verifica-se uma perceção média de agressividade física de 21,11, sendo que os valores do sexo masculino (n=6; M=21) são equilibrados com os valores do sexo feminino (n=3; M=21,3). Destes, somente um indivíduo apresenta valores acima do normativo (30).

No que concerne à agressividade verbal, o valor médio, identificado pelos 26 indivíduos foi 12,46, o que demonstra valores dentro dos normativos para a população portuguesa. As 12 mulheres apresentaram uma média de agressividade verbal de 11,83 (os valores de corte da população feminina portuguesa são M=12,83; DP=2,48, intervalo entre 10,35 e 15,31) e homens apresentaram uma média de agressividade de 13 (sendo os valores de referência do sexo masculino M=13,69; DP=2,97, intervalo 10,72 e 16,66).

Nos oito indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, verifica-se uma perceção média de agressividade verbal de 12,3, sendo os valores mais elevados no sexo feminino (n=3; M=25,3) comparativamente com os valores do sexo masculino (n=5; M=22,8). Destes, verificam-se quatro indivíduos que apresentam valores acima dos normativos (28, 35, 37, 27).

Relativamente aos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, verifica-se uma perceção média de agressividade verbal de 11,77, sendo os valores semelhantes ao sexo masculino (n=3; M=11,66) comparativamente com os valores do sexo feminino (n=6; M=11,83).

Destes, verificam-se que dois apresentam valores acima dos normativos (17, 17).

Nos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, verifica-se uma perceção média de agressividade verbal de 13, sendo que os valores do sexo masculino (n=6; M=14,5) são superiores aos valores do sexo feminino (n=3; M=10,6). Destes, dois indivíduos apresentam valores acima do normativo (17, 16).

No que respeita à agressividade cognitiva, o valor médio, identificado pelos 26 indivíduos foi 23,76, o que demonstra valores dentro dos normativos para a população portuguesa. As 12 mulheres apresentaram uma média de agressividade cognitiva de 26,33 (os valores de corte da população feminina portuguesa são M=18,62; DP=4,7, intervalo entre 13,92 e 23,32), estes valores foram mais elevados, comparando com homens que apresentaram uma média de agressividade de 21,57 (sendo os valores de referência do sexo masculino M=19,49; DP=4,31,

intervalo 15,18 e 23,8). De salientar que o valor médio que corresponde ao sexo feminino ultrapassa os valores normativos.

Nos oito indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, verifica-se uma percepção média de agressividade cognitiva de 20,85, sendo os valores mais elevados no sexo masculino (n=5; M=21,2) comparativamente com os valores correspondentes ao sexo feminino (n=3;

M=20,33). Destes, verificam-se três indivíduos com valores acima dos normativos (36, 33, 26).

Relativamente aos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, verifica-se uma percepção média de agressividade cognitiva de 26,7, sendo os valores mais elevados no sexo feminino (n=6; M=27,83) comparativamente com os valores do sexo masculino (n=3; M=24,67). Destes, verificam-se que sete indivíduos apresentam valores acima dos normativos (26, 26, 24, 28, 32, 28 e 34).

Nos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, verifica-se uma percepção média de agressividade cognitiva de 23,33, sendo os valores mais elevados no sexo feminino (n=3; M=29,33) comparativamente com os valores do sexo masculino (n=6; M=20,33). Destes, verificam-se que quatro indivíduos apresentam valores acima dos normativos (29, 32, 27 e 28).

OE3.1. Identificar os fatores de risco e de proteção individuais, por parte de indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social

Em termos gerais, os resultados referentes à população alvo (n=26), relativamente aos fatores de proteção individuais prevalecem a toma de psicofármacos com prescrição médica (n=19), a proatividade (n=19); capacidades cognitivas (n=17) e realização de atividades de vida diária/rotinas (n=16), por sua vez, a resiliência (n=14), capacidade de empatia (n=13), realização de atividades ocupacionais (n=10), desejo de autonomia (n=8), autoestima elevada (n=7), higiene do sono (n=3), prática de exercício físico (n=1) e competências sociais (n=1) foram os fatores menos identificados (Ver Gráfico 7).

De acordo com um dos indivíduos entrevistados, constata-se o seguinte:

“Ajustaram a medicação. Estou estabilizado. Tenho planos. Quero voltar a conduzir. Quero uma vida mais ativa. Tenho tido consultas aqui com um médico de clínica geral e com um psiquiatra. Eles dizem para eu ir em frente.” (e23)

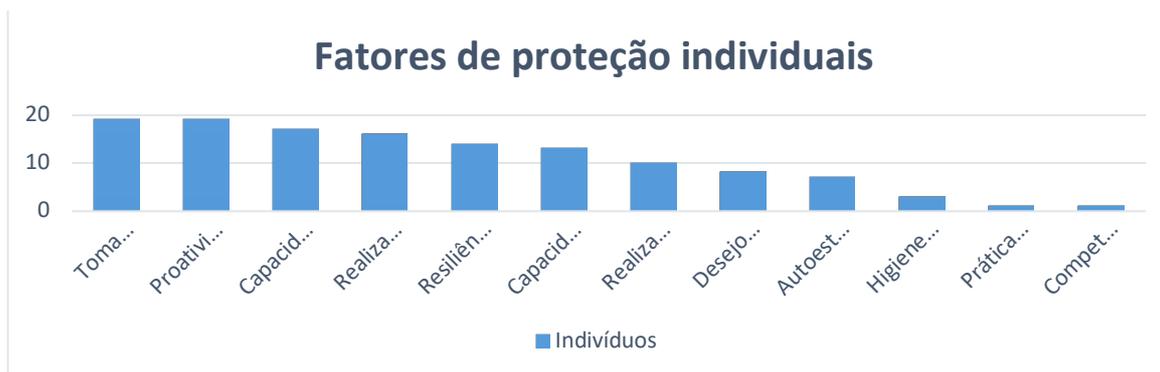


Gráfico 7. Fatores de proteção individuais
Fonte: Elaboração Própria (2022)

Paralelamente, foram identificados fatores de risco individuais, dos quais se destacam isolamento social (n=15), situação socioeconómica vulnerável (n=14), outras doenças (n=13), alteração do ciclo de vigília do sono (n=12), sentimento de culpa (n=9), tentativa de suicídio (n=8), consumo de substâncias psicoativas/ consumo excessivo de álcool (n=5). Os fatores com menor relevância são a não satisfação das expectativas dos pais (n=3), doenças neurológicas (n=2), não satisfação das expectativas de familiares de referências (n=2), automedicação (n=1) e dependência física (n=1).

Exemplo, verbalizado por um dos indivíduos, verifica-se que:

“E então vivo muito sozinha. E tudo. Perdi o melhor de tudo. Perdi os trabalhos que tinha. Perdi tudo e nunca percebi o porquê. E foi só quando entrei mesmo em depressão profunda, já tinha ataques de pânico, de ansiedade.” (e9)

No que concerne aos fatores de proteção e de risco individuais dos indivíduos com esquizofrenia (n=8) *integrados em contexto institucional* (n=5), identificam, respetivamente a realização de atividades ocupacionais (n=5), toma de psicofármacos com prescrição médica (n=5), realização de atividades de vida diária (n=5), autoestima elevada (n=4), proatividade (n=4) e resiliência (n=2), paralelamente, verifica-se o consumo de substâncias psicoativas (n=3), outras doenças (n=5): diabetes, hipertensão, HIV, sentimento de culpa (n=2), alteração do ciclo de vigília do sono (n=2), isolamento social (n=2) e consumo excessivo do álcool (n=1). Por sua vez, os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia que *não se encontram integrados* em resposta institucional (n=3), identifica-se a toma de psicofármacos com prescrição médica (n=2), resiliência (n=2), capacidades cognitivas (n=1), capacidade de empatia (n=1) e proatividade (n=1) enquanto fatores protetores e situação socioeconómica vulnerável (n=3), isolamento social (n=2), alteração do ciclo de vigília do sono (n=2), violência intrafamiliar (n=2), isolamento social (n=2), tentativa de suicídio (n=1), HIV (n=1) e dependência física (n=1) como fatores de risco individuais.

Relativamente aos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar (n=9) *com integração institucional* (n=5), verificam-se como fatores protetores a resiliência (n=5), realização de atividades ocupacionais (n=5), a toma de psicofármacos com prescrição médica (n=4), proatividade (n=2), autoestima elevada (n=2) e práticas de exercício físico (n=1). Em termos de fatores de risco em *peçoas integradas em contexto institucional* verifica-se prevalência do isolamento social (n=3) e alteração do ciclo de vigília do sono, doenças neurológicas e consumo excessivo do álcool com (n=1) respetivamente. Paralelamente, as pessoas que *não se encontram integradas institucionalmente* (n=4), com diagnóstico de perturbação bipolar, verifica-se, no que respeita a fatores de proteção individuais, resiliência (n=3), proatividade (n=3), toma de psicofármacos com prescrição médica (n=3), capacidades cognitivas (n=3), desejo de autonomia (n=2), realização de atividades ocupacionais (n=1), realização de atividades de vida diária (n=1) e higiene do sono (n=1). Quanto a fatores de risco, verificam-se o isolamento social (n=4), a alteração do ciclo de vigília do sono (n=4), outras doenças (n=3) nomeadamente, tricotilomania, automutilação e diabetes, sentimento de culpa (n=2), situação socioeconómica vulnerável (n=2), tentativa de suicídio (n=1), consumo de substâncias psicoativas (n=1) e automedicação (n=1).

De acordo com as palavras de uma das pessoas entrevistadas, com diagnóstico de perturbação bipolar, salienta-se que:

“Às vezes tenho medo de ficar sozinha.” (e18)

Na perturbação de humor (n=9), *todas as pessoas encontram-se sem resposta de integração em instituição*, neste sentido, verificam-se como fatores protetores as capacidades cognitivas (n=7), capacidade de empatia (n=6), toma de psicofármacos com prescrição médica (n=5), desejo de autonomia (n=4), proatividade (n=4), resiliência (n=3), competências sociais (n=1) e higiene do sono (n=1). No que respeita a fatores de risco, identificam-se a situação socioeconómica vulnerável (n=8), tentativa de suicídio (n=5), alteração do ciclo de vigília do sono (n=4), outras doenças (n=4), não satisfação das expectativas dos familiares de referência (n=3), sentimento de culpa (n=3), isolamento social (n=3), doenças neurológicas (n=2), problemas comportamentais (n=2), automedicação (n=1) e consumo excessivo do álcool (n=1).

OE3.2. Identificar os fatores de risco e de proteção familiares, por parte de indivíduos com diagnóstico de doença mental (microssistema), com e sem integração em resposta social.

No que respeita a fatores de proteção familiares, são considerados a existência de familiar alargada (n=15), o suporte familiar (n=11), interações familiares positivas (n=6) e capacidade de resolução de conflitos familiares (n=5). Por sua vez, em termos de fatores de risco

familiares verifica-se que 18 pessoas vivem em situação de desestruturação familiar, 14 identificaram conflitos familiares, 11 vítimas de violência física, 10 pessoas identificaram a existência de violência doméstica/ intrafamiliar, 10 dos entrevistados vivenciaram morte de familiares de referência, 6 pessoas foram expostas à violência, em 5 existiram conflitos conjugais.

Analisando os fatores de proteção e de risco familiares, nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia (n=8) que se *encontram em contexto institucional*, (n=5) verifica-se existência de suporte familiar (n=4), existência de família alargada (n=4) e interações familiares positivas (n=2) enquanto fatores protetores, por outro lado, salientam-se os conflitos familiares (n=4), desestruturação familiar (n=3), violência intrafamiliar (n=1), exposição à violência (n=1) e morte de familiar de referência (n=1) enquanto fatores de risco. Em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e *não se encontram em situação de integração institucional* (n=3), enquanto fatores protetores, identifica-se relação afetiva (n=2), suporte conjugal (n=1) e capacidade de resolução de conflitos familiares (n=1), uma pessoa não identificou quaisquer fatores protetores a nível familiar. Relativamente aos fatores de risco, verificam-se violência doméstica (n=2), morte de familiares de referência (n=2), desestruturação familiar (n=1), conflitos conjugais (n=1), conflitos familiares (n=1) e exposição à violência (n=1). De acordo com as palavras de uma das pessoas entrevistadas, com diagnóstico de perturbação bipolar, é notória a importância e existência de redes de suporte familiares e sociais.

Nos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar (n=9) *em contexto de integração institucional* (n=5), os fatores protetores existentes são existência de família alargada (n=3), interações familiares positivas (n=1) e relação afetiva (n=1), no que respeita a fatores de risco verificam-se a desestruturação familiar (n=3), conflitos familiares (n=1), ausência de hierarquia familiar (n=1) e morte de familiares de referência (n=1). Quanto aos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar e que *não se encontram integrados* em contexto institucional (n=4), em termos de fatores protetores a nível familiar verifica-se existência de família alargada (n=2), relação afetiva (n=1), suporte familiar (n=1) e interações familiares positivas (n=1). No que respeita a fatores de risco são considerados a morte de familiares de referência (n=3), desestruturação familiar (n=3), conflitos familiares (n=2), violência psicológica do pai enquanto agressor (n=1), violência física do pai enquanto agressor (n=1), tentativa de violação por parte do pai (n=1), exposição à violência (n=1), ausência de hierarquia familiar (n=1), conflitos conjugais (n=1) e violência física do marido enquanto agressor (n=1).

Nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor (n=9), dos quais ninguém se encontra integrado em contexto institucional, verifica-se, nos fatores de proteção familiares a

existência de suporte familiar (n=5), família alargada (n=5), capacidade de resolução de conflitos familiares (n=3), relação afetiva (n=2), suporte conjugal (n=2) e interações familiares positivas (n=2). Quanto a fatores de risco verifica-se desestruturação familiar (n=8), conflitos familiares (n=7), conflitos conjugais (n=5), violência psicológica enquanto vítima (n=5), violência psicológica enquanto agressor/a (n=5), violência física enquanto vítima (n=4), morte de familiares de referência (n=3), violência doméstica intrafamiliar (n=3), violência física como agressora (n=2), ausência de hierarquia familiar (n=2), exposição à violência (n=2) e conflitos ex-conjugais (n=1).

OE3.3. Identificar os fatores de risco e de proteção na comunidade, por parte de indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social

Quanto aos fatores de proteção comunitários, para as 26 pessoas existe apoio social disponível, 10 pessoas identificam a existência de grupos formais de pares e os recursos adequados na comunidade, correspondentes às necessidades dos indivíduos, 7 pessoas verbalizaram a existência de locais de referência na comunidade e 5 indivíduos manifestaram a existência de rede social positiva na comunidade.

No que concerne aos fatores de risco comunitários, verifica-se uma grande incidência na ausência de rede de suporte social (n=24), na ausência de locais de referência na comunidade (n=13), ausência de grupos formais de pares (n=10), interação negativa com os pares (n=9), ausência de recursos na comunidade que correspondam às necessidades do indivíduo (n=9), ausência de grupos informais de pares (n=7), violência/ discriminação no trabalho (n=7).

Em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, *integrados em contexto institucional* (n=5) verifica-se apoio social disponível (n=5), grupos formais de pares (n=5), recursos adequados na comunidade correspondentes às necessidades dos indivíduos (n=5), existência de locais de referência na comunidade (n=3) e rede social positiva na instituição (n=1) enquanto fatores protetores comunitários. Por outro lado, no que concerne a fatores de risco verifica-se ausência de rede de suporte social (n=4), interação social negativa com os pares (n=2), violência na escola enquanto agressor (n=1), ausência de locais de referência na comunidade (n=1), discriminação no trabalho (n=1), conflitos no trabalho (n=1) e violência no trabalho enquanto agressor (n=1). Comparativamente, os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e *sem integração institucional* (n=3) identificam apoio social disponível (n=3) enquanto fator protetor e fatores do risco, ausência de rede de suporte social (n=3), ausência de grupos formais de pares (n=2), ausência de locais de referência na comunidade (n=2), discriminação social pelos pares (n=1), violência entre pares (n=1), interação social negativa com os pares (n=1) e ausência de grupos informais de pares (n=1).

Relativamente aos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, *integrados em resposta institucional* (n=5) identifica-se como fatores de risco na comunidade, os grupos formais de pares (n=5), apoio social disponível (n=4), existência de locais de referência na comunidade (n=2), recursos adequados na comunidade, correspondentes às necessidades dos indivíduos (n=1), rede social positiva na instituição (n=1) e rede social positiva na comunidade (n=1). Para os indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar sem integração institucional verifica-se ausência de rede de suporte social (n=4), ausência de locais de referência na comunidade (n=2), interação social negativa com os pares (n=2), ausência de grupos informais de pares (n=2), ausência de grupos formais de pares (n=1), ausência de recursos na comunidade que correspondam às necessidades dos indivíduos (n=1), violência/discriminação na escola (n=1), violência/discriminação no trabalho (n=1), violência entre pares (n=1), discriminação social pelos pares (n=1) como fatores de risco em contexto comunitário. Os indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, *sem integração em resposta institucional* relativamente a fatores de proteção comunitários verifica-se apoio social disponível (n=4), grupos informais de pares (n=1), existência de locais de referências na comunidade (n=1). Em termos de fatores de risco, verificam-se ausência de rede de suporte social (n=4), ausência de grupos formais de pares (n=3), ausência de locais de referências na comunidade (n=2) e ausência de grupos informais de pares (n=1).

Por o último, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, no que concerne a fatores protetores comunitários, verifica-se apoio social disponível (n=9), pessoa de referência na comunidade (n=1), grupos informais de pares (n=1) e rede social positiva na comunidade (n=1). Em termos de fatores de risco, consideram-se ausência de rede de suporte social (n=8), ausência de grupos formais de pares (n=5), ausência de recursos na comunidade que correspondam às necessidades dos indivíduos (n=5), ausência de grupos informais de pares (n=3), discriminação no trabalho (n=3), ausência de locais de referência na comunidade (n=2), discriminação na escola (n=2), violência entre pares (n=1), discriminação social pelos pares (n=1) e interação social negativa com os pares (n=1).

OE 3.4. Identificar os fatores de risco e de proteção ao nível institucional por parte de indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social

Em termos de fatores protetores institucionais, 26 pessoas manifestam existência de técnicos gestores, 12 pessoas frequentaram resposta institucional, 10 pessoas permanecem em resposta institucional, das quais 5 integram comunidade terapêutica e 5 frequentam fórum

ocupacional. Paralelamente, relativamente a fatores de risco institucionais, somente 15 pessoas identificam ausência de Projeto.

Especificamente nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia *integrados em contexto institucional* (n=5), quanto a fatores protetores institucionais, identificam existência de técnicos gestores (n=5), frequência em resposta institucional (n=5), permanência em resposta institucional (n=5), existência de resposta em fórum ocupacional (n=4), existência de resposta residencial em comunidade terapêutica (n=1). No que respeita a fatores de risco de caráter institucional, não foram identificados. Quanto às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia *sem integração institucional* (n=3) em termos de fatores de proteção institucionais verifica-se a existência de técnicos gestores (n=3), a existência de respostas a nível de medicação (n=2) e alimentar (n=1), verifica-se também a frequência em resposta institucional (n=1). No que concerne a fatores de risco, considera-se ausência de projeto (n=3).

Relativamente aos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar *integrados em contexto institucional* (n=5), em termos de fatores protetores institucionais, confirma-se a existência de técnicos gestores (n=5), frequência em resposta institucional (n=5) e permanência em resposta institucional (n=5). Quanto a fatores de risco institucionais não foram considerados quaisquer fatores. Paralelamente, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar e *não se encontram integrados em resposta institucional* considera-se existência de técnicos gestores (n=4), resposta a nível económico (n=2), medicação (n=1), alimentar (n=1), acolhimento ao domicílio de cuidador informal (n=1). Em termos de fatores de risco, verifica-se ausência de projeto (n=3).

Os indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor (n=9) identificam, existência de técnicos gestores (n=9), resposta a nível de medicação (n=4) e apoio alimentar (n=4) como fatores protetores institucionais e frequência em resposta institucional (n=1). Quanto a fatores de risco, identificam somente ausência de projeto (n=9).

Capítulo 7. Discussão dos Resultados

Em Portugal, a elevada prevalência de perturbações psiquiátricas é uma realidade. O Relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019) confirma que o nosso país se encontra posicionado em segundo lugar entre os países europeus com o valor mais elevado de incidência (22,9%). Segundo o mesmo Relatório, a depressão afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos. De igual forma, os números da violência doméstica deixam-nos em estado de alerta, com um número médio anual de vítimas em Portugal de 8720 mulheres, 167 mulheres por semana, 24 mulheres por dia, 1841 crianças por ano, 35 crianças por semana, 5 crianças por dia, 1627 homens por ano, 31 homens por semana e 4 homens por dia (APAV, 2020).

Olhando para os dados referentes à perceção de vítimas e agressores/as, uma maioria (61,5%) vivenciou episódios de violência intrafamiliar. Das situações de violência 42% verbalizaram episódios claros de violência enquanto vítimas, por parte de pessoas coabitantes. Por sua vez, 11,53% identificaram-se como vítimas e agressores e 7,69% agressores. Numa perspetiva mais aprofundada, foi possível identificar que a prevalência de vítimas, verifica-se nas pessoas com diagnóstico de perturbação de humor e nenhuma tem integração institucional. Esta premissa é fundamental para a nossa reflexão e para a realização de um diagnóstico da comunidade, para que se analise a viabilidade, exequibilidade e necessidade de criar respostas institucionais ecléticas e integradoras de âmbito ocupacional para as pessoas que se encontram nesta situação.

O valor médio de agressividade reportada pelos 26 indivíduos demonstra valores dentro dos considerados normativos para a população portuguesa. Contudo, quando avaliados por tipologia de agressividade, verifica-se que o valor médio de agressividade afetiva, física, verbal e cognitiva encontram-se dentro dos normativos para a população portuguesa. Neste sentido, é importante referir que estas evidências são perceções das pessoas, pelo que, não existe literatura que corrobore com opções e escolhas pessoais. Paralelamente, somente existem valores referenciais para a população portuguesa por sexo, não existindo valores de referência para pessoas com diagnóstico de doença mental, nomeadamente perturbação de humor, esquizofrenia e perturbação bipolar.

No decorrer da investigação foi possível verificar a existência de diversos fatores de proteção e de risco que, respetivamente, suportam e condicionam a vida das pessoas. Em termos de fatores individuais, são características e traços pessoais dos entrevistados e assim, é importante refletirmos sobre as mais prevalentes e os mais pertinentes.

De acordo com os fatores de proteção individuais identificados, é importante olharmos para a importância da toma de psicofármacos. Em conformidade com as palavras de Silva e Trovão

(2019, p.30), o tratamento em perturbações mentais, é essencialmente farmacológico. Neste sentido, de acordo com as informações prestadas em contexto de entrevista, salienta-se que a toma de psicofármacos, com prescrição médica, tem um impacto significativamente positivo na vida das pessoas

“Se não tomar (os comprimidos), ando toda a noite em pé. E fico desorientada de todo. Fico mesmo triste e com vontade em me fazer maldades” (e18)

“Não parto mais (objetos) porque a medicação que tomo me faz bem.” (e18)

“Sou muito nervosa. Só os medicamentos, é que me controlam e fazem com quem ande calma. Se não fosse os medicamentos, passava a vida no Hospital (Júlio de Matos).” (e20)

“Aqui é controlado. As técnicas durante o dia dão-nos a medicação. Horários, tudo. Tenho um problema de diabetes. Agora tenho comido comida mais light. Dietas e vivo equilibrado. Acertaram-me mesmo na medicação.” (e25)

Paralelamente, outros fatores de proteção individuais são evidenciados em contexto de entrevista e corroborados, também, pela literatura. É importante que fatores como a autoestima elevada, a resiliência, o desejo de autonomia e a proatividade sejam considerados como fatores fundamentais para a prossecução do bem-estar e garantia das necessidades das pessoas.

“Admiti que era alcoólico. E depois tive anos maravilhosos. Parei de beber. Fui reconstruindo lentamente a credibilidade.” (e4)

“Acho é que consigo fazer mais coisas. Estive muitos anos sem fazer nada. É uma coisa vazia, e não nos leva a lado nenhum. Nem auto-satisfação nem realização pessoal. Quero fazer mais coisas.” (e4)

“O meu dia-a-dia, levanto-me, vou ao pequeno-almoço, depois estou nas artes decorativas onde desempenhamos, fazemos alguns trabalhos. Como por exemplo, pinturas, macramé... Gosto de ler.” (e5)

“Fim-de-semana estou a manhã toda no café. Depois vou para a casa. Tenho os cigarros para fazer, ainda demora 45 minutos, tenho o canário para cuidar, demoro 40 minutos. E mais algumas tarefas domésticas, fazer a cama, e isso. Vejo televisão todos os dias. É o canal da música e ao fim-de-semana, ao domingo, vejo a tarde toda o CSI.” (e6)

“Fim-de-semana arrumo a casa, meto roupa a lavar, arrumo a roupa, tomo as refeições e limpo um bocadinho a casa. Agora estou a arrumar uma oficina, que lá tinha cheia de coisas. Gosto de todas as atividades. Gosto muito de saídas, passear, ir à praia, serra, campo. Gosto de tudo o que seja no exterior.” (e25)

Um outro fator protetor que se evidencia pelo discurso dos indivíduos é a higiene do sono. É fundamental compreender as rotinas de sono das pessoas, assim, foi verbalizado o seguinte.

“Durmo. Felizmente durmo bem. Não sei se durmo muito. De vez em quando acordo de noite. mas eu também durmo de tarde. não tenho um sono seguido.

tanto posso adormecer como as 2 da manhã. faço assim uns intervalos.” (e25)

“Durmo sempre bem. Hoje levantei-me cedo e tudo. Nem foi preciso virem-me chamar. 10 para as 6h. Estou habituado a isso.” (e8)

A resiliência e autoestima são fatores de proteção de extrema relevância para o bem-estar do indivíduo, e foram confirmadas da seguinte forma.

“Sou muito lutadora. (...) Nunca desisto (...) Não deixo de fazer nada.” (e19)

“Tenho uma condição financeira diferente e compro livros na Fnac. Vou a casa de tempos a tempos. Com a chegada de um trabalho, irei conseguir alugar uma casa ou um quarto”. (e25)

“Eu por mim, quero a porta de saída. Tenho uma herança para receber. E espero que isso me ajude a fazer uma vida melhor”. (e23)

“Mas como sempre fui uma miúda tão inteligente, a nível de querer estudar, evoluir e de fazer mesmo algo, às vezes as pessoas não têm nada, nada a nível psicológico e não fazem”. (e9)

“Eu vou sair daqui um pedregulho. Faço mil e um esforços para que a linguagem, os valores se mantenham minimamente”. (e4)

Consequentemente, também existem fatores de risco associados. Nesta população, houve uma prevalência do isolamento social, da situação socioeconómica vulnerável, outras doenças, alteração do ciclo de vigília do sono, tentativa de suicídio e consumo de substâncias psicoativas/consumo excessivo do álcool. Na ótica de Alves e Rodrigues (2010), conforme referido anteriormente, consideram que um dos fatores condicionantes que podem culminar no desenvolvimento de doença mental é o isolamento. Neste sentido, no decorrer das entrevistas, foi notória a existência de isolamento social nos indivíduos, que consequentemente poderá traduzir-se em falta de autoestima, para tal, considera-se importante apresentar alguns testemunhos relativamente a este fator de risco.

“Eu não tenho amigos. Não tenho ninguém”. (e1)

“Isolo-me muito dentro de casa. Fico muito isolada. Esta coisa de robe e pijama... felizmente tenho muita roupa e dou-lhe uso. Não tenho vontade de me arranjar” (e18)

“Sinto solidão.” (e21)

“Mas tenho saudades dos meus filhos. Há 2 anos que não os vejo.” (e20)

“Ando muito nervosa, triste, sozinha, sinto-me abandonada.” (e13)

O segundo fator de risco individual prevalente é a vulnerabilidade económica, segundo Cabral (2019) “o impacto negativo das condições associadas à vulnerabilidade social – desemprego, precariedade e *stress* profissional e financeiro, isolamento e baixo suporte social, segregação e discriminação (...) estão associadas a um decréscimo nos recursos de *coping* e de bem-

estar, ao aumento do stress psicológico e emocional, a uma acrescida predisposição para a psicopatologia (p.430). Amaro (2019) considera que não existe uma relação direta entre determinados acontecimentos e o aparecimento de perturbações psiquiátricas devido a cada indivíduo ter diferentes mecanismos de *coping*. Paralelamente, o mesmo autor refere alguns acontecimentos que despertam *stress* social, como a morte do cônjuge, o divórcio, o desemprego, as dificuldades económicas” (p.413).

Considerando as premissas verbalizadas em contexto de entrevista, apresentam-se algumas frases que contextualizam, com clareza, situações de vulnerabilidade económica.

“186 euros não dá para comprar os medicamentos.” (e18)

“A nível psicológico não é fácil. Porque os valores que tenho de 186 euros não dá para nada.” (e9)

“Lembro de ir para o liceu com o estômago vazio. era mesmo assim. na altura elegante e agora não. mas via os meus colegas comer na cantina e nós não tínhamos direito a nada. o meu pai não nos dava grande coisa.” (e25)

Brandão e Fonte (2020) constataam que a maioria dos internamentos por tentativa de suicídio ocorre no mês de fevereiro e na Primavera, fruto de uma perturbação de adaptação. Os comportamentos autolesivos verificam-se sobretudo em abril e outubro, no Verão, apresentando a maioria psicose afetiva. Em ambos os casos, a intoxicação é o método predominante, sendo os agentes psicotrópicos os mais usados. Em 2013 regista-se o maior número de internamentos por tentativa de suicídio, não se registando nenhum internamento por comportamentos autolesivos (p.4).

Relativamente ao suicídio, Amaro (2019), refere que o mesmo se constitui num problema de saúde pública. Estima-se que existem 800 000 casos por ano de suicídio no mundo, tendo sido, em 2015 a segunda causa de morte, na faixa etária dos 15 aos 29 anos (p.200). Como forma de prevenção, é fundamental que as pessoas que realizam tentativas de suicídio tenham, ao seu dispor, serviços de saúde mental disponíveis, quando necessitam. Este fator de risco, também teve um número expressivo nas pessoas entrevistadas, alguns dos testemunhos revelam o seguinte.

“Sim, como já tentei (o suicídio). Já estive internada 2 vezes no Júlio de Matos. Tudo o que me apareceu, tomei. Não havia mais nada para tomar. Depois de a minha mãe morrer, tentei fazer a mesma coisa.” (e4)

“Uma vez pensei cortar aqui. Mas quando vi sangue, não consegui.” (e11)

“Não é sorte. O que me aconteceu não é sorte. Não sei bem explicar. Tenho sorte por ainda cá estar.” (e16)

Outro fator de risco amplamente identificado é a existência de outras doenças, na situação infra, verifica-se que o indivíduo tem outra doença e derivado a esse facto, sente-se estigmatizado.

“Tenho HIV. E um colega meu desinfetava-se sempre para me cumprimentar. E eu deixei de o cumprimentar. Foi só esse caso. De resto, nunca mais me senti discriminado.” (e5)

Estudos como o de Witt, van Dorn e Fazel (2013) indiciam uma correlação entre a doença mental e o consumo de substâncias psicoativas, que se verificou, como um dos fatores de risco identificados. (pp.1-2) De acordo com Nunes (2019), as substâncias psicoativas, “uma vez introduzidas no organismo, (...) afetam os processos mentais, inclusive o funcionamento cognitivo e afetivo, não tendo sempre um efeito estimulante, podendo ter uma ação depressora e/ou perturbadora do funcionamento do sistema nervoso central (...), conduzindo a drásticas modificações no seu funcionamento aos níveis do humor, da percepção e da consciência”. (p.275). Em contexto de entrevista, foi possível verificar as seguintes situações.

“Consumia drogas. Estava num concerto e passei-me.” (e5)

“Andei muitos anos na droga e era toxicodependente, mas eles conhecem-me e não faço mal a ninguém.” (e6)

“Eu acho que me meteram drogas sintéticas e depois não fiquei nada bem, fui para o hospital, tinha 18/19 anos.” (e7)

Para Lopes (2019) as perturbações de vigília-sono, “podem representar perturbações de sono primárias, ser causa de sintomas psicológicos, ocorrer em doenças médicas ou constituir sintomas de perturbações psiquiátricas” (p.195). O número de pessoas com alteração do ciclo vigília-sono que fazem parte da amostra apresenta uma expressão significativa, e deste modo, é importante salientarmos algumas expressões.

“Dormir? Depende. Agora não durmo nada. Estou mesmo... nos últimos 6 anos não durmo por causa das doenças todas”. (e3)

“Agora tenho dormido. Aumentaram-me a medicação. Tenho dormido bem. Esta noite não dormi, tinha fado nos ouvidos. Adormeci com os phones. E depois acordei. Era meia-noite.” (e17)

“Durmo mal. Mesmo com medicação.” (e14)

Em termos de fatores protetores a nível familiar, verifica-se que as famílias têm um impacto muito forte na vida das pessoas entrevistadas, no sentido em que é na família que, tendencialmente, os indivíduos têm os seus vínculos mais profundos. A família, segundo Shirley (2015), “... é uma realidade complexa (...) a família extensa deu lugar à família nuclear (...) nos quais o apoio emocional e a interação com os diversos sistemas sofrem um conjunto de influências mútuas.” (p.40) Para Lima (2019) a experiência conjugal “(...) apresenta indicadores positivos de saúde física e mental.” (p.241)

É possível analisarmos a prevalência dos fatores protetores familiares na existência de família alargada, na existência de suporte social, nas interações familiares positivas, existência de

relação afetiva, suporte conjugal e capacidade de resolução de conflitos familiares. Para confirmarmos a importância das interações familiares positivas nos indivíduos, podemos verificar as seguintes palavras.

“E depois é a minha mãe que me dá a medicação” (e7)

“Nunca desisto. É como a minha mãe, se um dia partir, eu vou cair. É a minha mãe.” (e19)

Contrariamente aos fatores protetores, no seio familiar também são evidenciadas diversas situações complexas, de sofrimento, conflito, violência. Na ótica de Lima (2019), “o *distress* relacional está associado a uma prevalência de problemas de saúde mental e é encontrado em pessoas cuja relação de casal é geradora de satisfação (...) apresentando também as pessoas casadas que revelam insatisfação conjugal, maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças físicas ou mentais do que a experienciada por pessoas divorciadas. Verificam-se associações entre sintomatologia e diagnósticos de depressão e ansiedade em indivíduos com baixa qualidade da relação conjugal.” (p.41). Neste sentido, houve uma prevalência de desestruturação familiar, conflitos familiares, violência física, violência psicológica, morte de familiares de referência, conflitos conjugais e ausência de hierarquia. De forma a evidenciar os fatores de risco a nível familiar, é importante refletirmos sobre as palavras das pessoas e pensarmos em estratégias de intervenção para situações tão complexas como as seguintes.

“O meu pai era alcoólico. Passei toda a minha vida em sobressalto. O meu pai saía de casa, chegava bêbado, queria *dar cachaporra* à minha mãe e vinha atrás de mim. Chegou a trazer forquilhas, facas, espingardas. Chegou a apontar a espingarda à minha mãe, facas ao pescoço. Passei por coisas complicadas. (...) E se calhar tudo isso influenciou tudo. E é por isso que cheguei ao ponto em que estou hoje. Exagerei demais. É assim, fui preso com 25 anos. (...) Estive preso e depois quando saí, o meu pai matou-se. Desculpe. O meu pai agrediu a minha avó, deu-lhe com um garrote na cabeça. Foi parar ao hospital. Entrou para lá com pneumonia e com feridas na cabeça. Há quem diga que foi pelo que o meu pai lhe fez. E era o meu pai a bater na minha mãe”. (e15)

“Íamos a uma festa... se eu por exemplo, tinha de chegar a casa... se ele começasse a insultar.... pumba, tareia”. (e11)

“Com a minha mãe houve (situações de violência). Ela não me sabia compreender. Mas hoje já me dou bem com ela. O meu pai também batia na minha mãe... (...) e eu assisti àquilo tudo. Por isso é que a minha cabeça não aguentou. (e7)”

“Eu tinha 10/11 anos. E ela (mãe) batia-me muito. Com a mão, com o rolo da massa, com o chapéu de chuva. Um dia, comecei a fazer queixas e fiz-lhe tantas queixas o dia todo. Ele (pai) chegou ao pé de mim, bateu-me, deu-me um murro e eu desmaiei”. (e3)

“Ele (o pai) deitava-me a mão para me violar. E eu não gostava dele. Como é que faleceu... ele era muito bêbedo e apanhou uma cirrose. E depois caiu à cama e morreu. Ele batia aos filhos todos. (...) tinha uma coisa diferente comigo do que com as minhas irmãs.” (e18)

“Cheguei a ter a polícia à porta, porque o meu pai vinha muito bêbedo e roubaram-no, deram-lhe uma tarefa. Mas eu era miúda, não me lembro muito. Nunca me envolvi em nada. A não ser, às vezes o meu pai ia parar ao Miguel Bombarda. Começava a partir as coisas, sim (o pai). Dava murros nas coisas. E também na minha mãe”. (e19)

“Eu vivia com a minha mãe, irmã, tios e primos. O meu pai, tinha eu 7 anos, apareceu morto. Apareceu morto numa fazenda. E eu era criança e não apanhei bem a situação. Nunca soube de nada”. (e21)

“Ele batia-me. Batia-me muito (o marido) Ele não era meu amigo. (...) Dava-me murros na cabeça. Por isso é que eu estou assim, não estou bem da cabeça.” (e20)

“Neste momento estamos separados e há 2 anos sem nos falar. O álcool destruiu a minha personalidade e fez-me ser agressivo com eles. Cometi coisas fora do normal. Ia para o aeroporto e apanhava um avião que aparecesse”. (e23)

“O meu pai era muito bêbedo. Bebia muito. Batia em nós todos. E depois eu ia para o pé da minha avó materna. Outras vezes a minha mãe fugia, levava-nos a todos. Cheguei até a ficar na rua... Dormíamos no mato.” (e16)

“Sei que um dia era noite, fui buscá-lo (filho) à escola, acho que estava a chover, ele pelo caminho disse alguma coisa, não me lembro o que foi, sei que parei o carro e virei-me para trás e agarrei-o e disse “não digas isso” e depois segui, passando a frente aquele sítio, disse que ia a mandar o carro. E tentei.” (e14)

No que respeita a fatores de proteção comunitários ou contextuais, Reis (2019) identifica a existência de *processos psicossociais entre amigos, como cooperação e apoio social* e assume que *os amigos são uma importante fonte de apoio emocional e (...) contribuem para a redução do stresse ao possibilitar enfrentar as preocupações de forma compartilhada.* (p.9). Para Ribeiro (2019), “suporte social identifica-se pela condição do indivíduo em acreditar que é amado, apreciado e tem valor, que os outros se preocupam consigo, pertencendo a uma rede de comunicação e compromisso mútuo (...) na relação estudada entre suporte social e saúde mental, as crenças acerca do suporte disponível, ou seja, o suporte percebido, aquelas que apresentam relação mais robusta com indicadores de saúde mental em geral e com a sintomatologia depressiva em particular.” (pp.501-502). Neste sentido, os fatores de proteção comunitários/ contextuais prevalentes são o apoio social disponível, os grupos formais de pares, os recursos adequados na comunidade e existência de locais de referência na comunidade. Em contexto de entrevista, foram referidas as expressões seguintes, que

ilustram a existência e importância das redes de suporte social e conseqüentemente, locais de referência na comunidade.

“Claro que tenho (amigos). Isso é que me salvou de não ir para a droga.” (e4)

“Tenho os meus amigos. Vou ali até ao café”. (e21)

Contrariamente aos fatores protetores, os fatores de risco identificados com uma expressividade preocupante, são precisamente a ausência de rede de suporte social, ausência de locais de referência na comunidade, ausência de grupos formais de pares e interação social negativa com os pares.

“Eu não tenho amigos. Não tenho ninguém. (e1)

“Não gosto quando batem boca. Passam ao meu lado e incomoda-me. Os conflitos. Há atitudes muito ruins”. (e26)

No que concerne a fatores de proteção institucionais, verifica-se que em todas as pessoas identificam existência de técnicos e uma prevalência na frequência em resposta institucional e permanência em resposta institucional.

“Estava noutra (nome da instituição). Não vim por causa de consumos. Vim para terapêutica cognitiva comportamental”. (e4)

“A (nome da instituição) é um sítio onde uma pessoa pode-se integrar e estar, passar o tempo.” (e6)

“Estou tranquilo e bem-disposto. A (nome da instituição) faz-me muito bem. É muito bom. Estou ocupado. Se estivesse em casa, secalhar já estava no hospital outra vez.” (e7)

“Mas passo os meus dias na cama, tirando a (nome da instituição), de tarde. Fico um pouco na cama até hora de jantar. Levanto-me, tomo o pequeno-almoço e venho para a (nome da instituição).” (e25)

Relativamente aos fatores de risco, os indivíduos apenas identificam ausência de IPSS/ Projeto.

“Sinto solidão. Mas não vou mandar a toalha ao chão outra vez. Está tudo fechado.” (e21)

“Olhe, tenho dias em que ando bem. Tenho dias em que ando agarrado às paredes. Pronto e assim passo o meu dia-a-dia”. (e16)

É importante refletirmos sobre alguns aspetos e fatores que possam influenciar a vida dos indivíduos, nomeadamente, das pessoas com diagnóstico de perturbação de humor que foram entrevistadas. Estas residem em meio rural e, de acordo com Alves e Rodrigues (2010), “a vivência em meios rurais isolados pode gerar condições propícias ao desenvolvimento de perturbações mentais (p.129). O isolamento, a falta de transportes e comunicações, a dificuldade no acesso a meios de educação e formação profissional e a falta de oportunidades

económicas podem condicionar graves dificuldades socioeconómicas que favorecem o aparecimento de doença mental, nomeadamente depressão.” (p.129).

A ausência das redes de suporte familiar e social, o isolamento social e a falta de respostas e recursos institucionais adequados às necessidades, capacidades e expectativas das pessoas, são fatores desestabilizadores e de risco. Paralelamente, no que respeita às consequências negativas para vítimas de violência doméstica, Santos e Cruz (2018) identificam que as consequências se traduzem ao nível da saúde mental e física. Quanto à saúde mental, assumem como problemas psicopatológicos os que se relacionam com a sintomatologia depressiva, ansiosa, *stress* pós-traumático, abuso de substâncias, tentativa de suicídio e problemas cognitivos (p.84).

Devemos olhar para estes dados como sinais de alerta, para que a intervenção seja realizada de forma integrada, multidisciplinar e tendo por base as necessidades dos indivíduos. Em termos de intervenção, existem autores como Sousa (2019) que considera de extrema importância as ações de baixa intensidade para a depressão ligeira e de intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas para a depressão major, por sua vez, outros autores defendem a importância da terapia cognitivo-comportamental, tal como Caldas de Almeida (2018).

Alguns indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia verbalizaram que não se consideram pessoas violentas, apesar do “estigma, preconceito, medo associado às doenças mentais” (Caldas de Almeida, 2018, p.9). Devemos considerar a investigação realizada por Taylor (2008) na medida em que afirma que as pessoas com doença mental são temidas e ao mesmo tempo, elas próprias são vítimas de violência (p.656).

No que respeita à intervenção, Caldas de Almeida (2018) determina a importância das intervenções psicossociais em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Paralelamente, Silva e Trovão (2019) consideram que o tratamento deve ser essencialmente farmacológico, no entanto, as intervenções psicossociais assumem um papel fundamental, apesar de muitas vezes negligenciado, na reabilitação do indivíduo, procurando desenvolver aptidões emocionais, cognitivas, sociais e laborais. É inegável que a terapêutica medicamentosa é basilar para o tratamento e melhoria das condições de saúde das pessoas, no entanto, é fundamental o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar, a fim de dar resposta às necessidades pessoais, familiares, emocionais e sociais dos indivíduos, em consonância com a prescrição terapêutica.

Caldas de Almeida (2018) associa as variações acentuadas de humor, que caracterizam a perturbação bipolar, crises repetidas de depressão que afetam o comportamento, ao aumento do risco de suicídio. Nos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, um fator de risco manifestado, nos indivíduos que não se encontram integrados em resposta institucional é o isolamento social. Este facto leva-nos a refletir sobre a importância da intervenção das equipas

multidisciplinares, das dinâmicas de grupo, na realização de tarefas que permitam a socialização, de forma a derrubar os obstáculos inerentes à ausência de socialização, promovendo estratégias com esse objetivo. No que respeita à intervenção com pessoas com diagnóstico de perturbação bipolar, Barradas (2019) considera que a abordagem terapêutica deverá ser essencialmente farmacológica, por sua vez, assume a importância do acompanhamento psicossocial enquanto ação fundamental na intervenção. (p.109) Compreende-se assim a necessidade de uma intervenção sistémica que dê resposta nas distintas áreas da vida dos indivíduos, ou seja, as pessoas com doença mental devem ter acompanhamento por parte de equipas multidisciplinares, com especialistas nas áreas da saúde, do acompanhamento social, e se possível, da educação social e da psicologia.

Na ótica do serviço social, considera-se pertinente, tal como referido por Bracons em 2017 a “metodologia do atendimento integrado, referindo que a intervenção é a principal resposta aos problemas sociais em situações de pobreza e exclusão social, pois enaltece os direitos humanos e de cidadania e minimiza os problemas sociais, através de um trabalho de proximidade e do trabalho em rede” (p.143).

Em situações de vulnerabilidade social, “associadas a uma maior predisposição para problemas de saúde (...) respeitando uma condição de acrescida exposição a riscos, podendo aplicar-se a indivíduos, famílias, grupos sociais. Esta distinção importa na medida em que é possível prevenir os riscos e/ou seus impactos, através da atuação sobre as condições de saúde e/ou doença, do bem-estar psicológico ou da integração social e profissional, ou de outras condições socioeconómicas inerentes à qualidade de vida e da rede de suporte social.” (Cabral, 2019, p.430-431).

Nesta sequência, as redes de vizinhança, familiares e sociais são essenciais e devem ser integradas na intervenção. Muitas vezes, em contexto de ruralidade e periferia urbana, são as redes de vizinhança a referência, que apoiam e suportam ao nível da alimentação, de acompanhamento, de vigilância e/ou de socialização.

Por outro lado, o planeamento estratégico e orientado para as necessidades e potencialidades da pessoa, permite que a intervenção seja delineada numa ótica de cooperação entre parceiros locais, na mesma área territorial.

Ao promover este trabalho em rede, estamos a potenciar o próprio *empowerment* dos indivíduos, das famílias e até mesmo da comunidade envolvente e a minimizar os fatores de risco dos indivíduos, propulsionando os fatores de proteção.

Considerações Finais

Os dados estatísticos indicam um aumento crescente das situações de violência doméstica e uma prevalência significativa de doenças mentais. Logo, é premente investigar e intervir de forma suportada cientificamente.

A revisão da literatura confirma que em todas as perturbações mentais é indiscutível a importância de psicofármacos e imprescindível o acompanhamento psicoterapêutico e psicossocial, o qual é, muitas vezes, negligenciado.

Esta investigação surgiu da ausência, na prática interventiva, de diretivas para um diagnóstico social específico desta população, apresentam-se os resultados com o objetivo de que seja possível definir variáveis para potenciar uma intervenção mais concertada, mais objetiva e em conformidade com os recursos dos técnicos e as necessidades das pessoas com perturbação mental. Isto porque é fundamental que as instituições, equipas e técnicos com legitimidade de intervenção na área da intervenção social e mais especificamente, em saúde mental criem estratégias de análise, reflexão e de intervenção, de acordo com cada situação.

Neste sentido, surgiu a necessidade de identificar, nos indivíduos com diagnóstico de doença mental (perturbação de humor/perturbação bipolar/esquizofrenia), papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar, de seguida, tornou-se possível conhecer a perceção da agressividade de indivíduos com diagnóstico de doença mental e por fim, conhecer a perceção dos indivíduos com diagnóstico de doença mental, com e sem integração em resposta social, relativamente aos fatores de risco e proteção.

Como resultados, relativamente à perceção de papéis de vítima e/ou agressor, verificou-se que 61,5% dos indivíduos que constituem a amostra vivenciaram episódios de violência intrafamiliar, destes onze como vítimas (42%), dois como agressoras (7,69%) e três como vítimas-agressoras (11,53%). A maior prevalência de vítimas e agressoras encontra-se na perturbação de humor e em pessoas que não se encontram integradas em resposta social. Este facto é corroborado com as evidências institucionais, no sentido em que existem reduzidas respostas institucionais e/ou ocupacionais para pessoas com perturbação de humor.

De seguida, foi possível identificar a perceção de agressividade, e analisando o valor médio de agressividade reportado pelos 26 indivíduos, de 76,23, encontra-se nos parâmetros da normatividade.

No entanto, é importante referir que estas evidências são perceções das pessoas, pelo que, não existe literatura que corrobore com opções e escolhas pessoais. Paralelamente, somente existem valores referenciais para a população portuguesa por sexo, não existindo valores de referência para pessoas com diagnóstico de doença mental, nomeadamente perturbação de humor, esquizofrenia e perturbação bipolar.

Em terceiro lugar, foram apresentados os fatores de proteção e de risco, relativamente a todos os indivíduos. Os fatores identificados foram os seguintes.

Como fatores de proteção foram identificados:

- prevalência da toma de psicofármacos
- proatividade
- capacidades cognitivas
- existência de família alargada
- existência de rede de suporte familiar
- existência de técnicos gestores
- frequência e permanência em resposta social/ institucional.

Em termos de fatores de risco, foram identificados:

- isolamento social
- situação socioeconómica vulnerável
- desestruturação familiar
- conflitos familiares
- existência de violência física contra o próprio
- ausência de rede de suporte social
- ausência de locais de referência na comunidade
- ausência de grupos formais de pares - ausência de projeto.

Os objetivos específicos foram atingidos, no entanto, no processo de investigação, houve constrangimentos, que no decurso do processo de investigação, foram ultrapassados.

A definição da população-alvo foi definida logo num estágio muito inicial. Numa segunda fase, quando foi realizada a análise da população, verificou-se que existia uma grande variação entre diagnósticos de doenças mentais, e para tal, foi necessário recorrer a instituições com legitimidade de intervenção na área da saúde mental. Na terceira fase deste processo, realizou-se o contacto inicial com instituições. Devido à instabilidade da situação pandémica, foram obtidas respostas negativas por parte da maioria das instituições. No entanto, após um reforço nos contactos, foram obtidas três respostas positivas. É de facto, de valorizar, a oportunidade que as instituições proporcionaram na realização de entrevistas, via ZOOM. É

importante, também, salientar que todas as pessoas que participaram nas entrevistas, eram desconhecidas, tendo, o primeiro impacto sido realizado via a referida plataforma *online*. Apesar de não ter existido contacto presencial com alguns dos indivíduos, é possível verbalizar que no decorrer das entrevistas houve surgimento de empatia. No que respeita ao processo de entrevista via telefone, compreende-se que houve algumas falhas técnicas ao nível sonoro, mas foram rapidamente ultrapassadas. Um dos pontos positivos foi que as pessoas não precisaram de se deslocar. Por outro lado, o método preferencial foi a realização das entrevistas presenciais, mesmo através de um acrílico e mantendo a devida distância, foi possível a prossecução das mesmas, com sucesso.

Foi também exequível analisar respostas coerentes, contraditórias, assertivas, no decorrer de todo o processo. A maioria das pessoas no decorrer das entrevistas, via telefone, ZOOM e presencialmente emocionaram-se ao reviver momentos complexos, difíceis e alguns, inimagináveis. Enquanto investigadora, existiu um distanciamento da profissão de Assistente Social, mas foi premente a mesma vertente empática, de compreensão pelo papel do outro, o saber-escutar histórias de vida tão ricas, intensas, profundas, e acima de tudo, ter a capacidade de abordar temas especialmente sensíveis, pessoas e íntimos com leveza e positividade.

Para investigações futuras, sugere-se uma análise comparativa durante e pós situação pandémica de situações de violência intrafamiliar e doença mental. Sugere-se também um estudo exploratório de processos de CPCJ e relacionar com doença mental. Uma outra possibilidade será abranger este estudo em maior escala, a nível nacional, de forma a obter dados mais específicos e detalhados, integrando uma amostra mais abrangente.

Com este estudo, pretende-se que a investigação nas áreas da saúde mental e da violência não sejam esquecidas, incentivar a criação de linhas orientadoras de intervenção para com os indivíduos com diagnóstico de doença mental, principalmente para as que não se encontram integrados em resposta institucional, assim como, responder às necessidades identificadas pelos indivíduos integradas em resposta social, e sensibilizar para a necessidade dos interventores sociais e de saúde terem diretivas nas respostas ao nível da saúde mental em situação de integração e não integração institucional.

É importante que este estudo incite novas investigações para o conhecimento científico e que ele próprio traga luzes para a intervenção social com pessoas com doença mental e/ou vítimas e agressores de violência intrafamiliar. É, também, fundamental que esta investigação seja um ponto de viragem para a desconstrução dos estereótipos e estigma associados à doença mental.

Deste modo, conclui-se que as pessoas com diagnóstico de doença mental, mais do que perpetradores têm tendência a ser vítimas de violência intrafamiliar. Em termos de percepção de agressividade, apesar de os valores gerais irem ao encontro dos parâmetros normativos, é importante constatar que os indivíduos manifestam percepção da agressividade enquanto vítimas, agressores/as, vítimas-agressores/as, pelo que, apesar da prevalência de vítimas, é fundamental adotar estratégias de intervenção para todos/as. Por fim, é pertinente olharmos para os fatores protetores e capacitar os indivíduos em fortalecer os fatores protetores existentes e incentivar a criação de mais fatores de proteção. No entanto, é nos fatores de risco que devemos manter-nos alerta e delinear estratégias para uma intervenção integrada, para que possam ir de encontro às expectativas e necessidades dos cidadãos.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P., Brissos, S., Bobes, J., Cañas, F., Fernandez, B. (2015). Personal and social functioning and satisfaction with life in schizophrenia outpatients with and without sleep disturbances. *Revista portuguesa de psiquiatria e saúde mental*.
- Almeida, J. M. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Alves A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista portuguesa de Saúde Pública*.
- Amaro. (2019). O suicídio. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 200-201). Pactor.
- Amaro. (2019). Sociologia das perturbações mentais. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 413-418). Pactor.
- American Psychiatric Association. (2013) *Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. Fifth Edition Disorders.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico quinta edição DSM-5* (J. Fernandes, Ed.). Climepsi.
- Antunes (2019). Maus-tratos na infância/ adolescência. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 150-152). Pactor.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022, Janeiro 9). *Relatório anual estatísticas APAV 2020*.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022, Janeiro 9). *Relatório anual estatísticas APAV 2014*.
https://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf
- Barradas (2019). Perturbações bipolares e relacionadas. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 107-109). Pactor.
- Bracons, H. (2017). Metodologia do atendimento integrado. Uma experiência de intervenção local. *Sociologia online n°14*, 143-156. 10.30553/sociologiaonline.2017.14.7
- Brandão, D. & Fonte, A. (2020). Caracterização sociodemográfica dos doentes internados por tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos em psiquiatria. *Revista portuguesa de psiquiatria e saúde mental*.
- Cabral, J. (2019). Vulnerabilidade social. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 429-431). Pactor.
- Cabral, A., Macedo, A., & Vieira, N. (2008). Da Doença Mental à Violência. *Revista Científica Serviço de Psiquiatria, Hospital de Coimbra*.
- Calheiros, M. & Monteiro, M. (2000). Mau trato e negligência parental: Contributos para a definição social dos conceitos. *Sociologia, problemas e práticas*, n°34.
- Caridade, S. (2019) Violência interpessoal e saúde mental. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade. *Comportamento e saúde Mental: Dicionário enciclopédico*. (pp.204-206). Pactor.

- Carvalho, M., & Matos, M. (2019). Saúde versus Saúde Mental. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 190-191). Pactor.
- Carvalho, M. I. (2015). Ética aplicada ao Serviço Social: dilemas e práticas profissionais. (p. 3). Pactor.
- Carvalho, S., Pimentel, P., Guimarães, I. (2019) Institucionalização e Saúde Mental. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 145-147). Pactor.
- Carvalho, S., Pimentel, P., Guimarães, I. (2019) Institucionalização e Saúde Mental. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 145-147). Pactor.
- Carvalho, M. I. & Sousa, T. (2015). Impacto da violência doméstica em crianças e jovens. In M. Irene Carvalho (Coord.). *Serviço Social com famílias* (pp.163-194). Pactor.
- Cavalcanti, V. (2018). Violências sobrepostas: contextos, tendências e abordagens num cenário de mudanças. In Dias, I., *Violência doméstica e de gênero: uma abordagem multidisciplinar*. (pp.97-121). Pactor.
- Casimiro, C. (2008). Violências na conjugalidade: a questão da simetria do gênero. *Análise Social*, vol. XLIII (3º).
- Chaves, E., & Sani, A. (2014). Violência Familiar: Da violência conjugal à violência sobre a criança. *Revista Eletrônica de Educação e Psicologia*
- Costa, D. (2010). A intervenção em parceria na violência conjugal contra as mulheres: Um modelo inovador?; *Universidade Aberta*
- Coelho, I., Nascimento, M., Oliveira & Bravo, L. (2018). Estados de Humor. In Ribeiro, H. & Ponte, A. *Urgências Psiquiátricas*. (pp.51-67). Lidel.
- Coutinho, C. (2019). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*, Almedina
- Cunha, O. & Gonçalves, R. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de psicologia*, 10(1), 317. <https://doi.org/10.14417/lp.620>
- Damásio, A. (2017). *A Estranha Ordem das Coisas*. Círculo de Leitores.
- Day, V. P. (2003). *Violência doméstica e as suas diferentes manifestações*. São Paulo: R. Psiquiatr. RS. 9-21
- Ordem dos Psicólogos* (2018). *Dia Mundial da Saúde Mental* www.ordemdospsicologos.pt. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/2348>
- Dias, I. (2018). *Violência Doméstica e de Gênero: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Pactor.
- Decreto-lei nº113/2021 de 14 de dezembro de 2021: Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, acedido a 4 de janeiro de 2021
- Esgaio, A. (2014). A intervenção comunitária na prática do Serviço Social; In Carvalho, M; Pinto, C. *Serviço Social: Teorias e Práticas*, 205-224, Pactor
- Federação Internacional de Assistentes Sociais (2018). <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>
- Foucault, M. (2008). *Doença Mental e Psicologia*. Edições Texto & Grafia.
- Ferreira, P. (2015). A Gestão do envelhecimento no trabalho: Políticas, Atores e Estratégias para um prolongamento efetivo na vida ativa; ISCTE
- Ferrão, A. (2003). Violência Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 133-135.
- Fraga, A. M., Moura, N., Quintão, A., Santos, C., Cintra, P., & Moutinho, A. (2021). A Cronobiologia na Gestão do Doente Bipolar: O Que Sabemos? *Revista Portuguesa De*

- Psiquiatria E Saúde Mental*, 7(4), 133–135. <https://doi.org/10.51338/rppsm.251>
- Góis, J. (2020). Planeamento antecipado de cuidados para pessoas com esquizofrenia em situação de fim de vida: uma revisão sistemática qualitativa. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6 (2), 77-87. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.140>
- Gonçalves-Pinho, M., Mota, P., Ribeiro, J., Macedo, S., Freitas, A. (2020). The impacts of covid19 pandemic on psychiatric emergency department visits: a descriptive study. *Psychiatric Quartely*. 92:621–631. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09837-z>
- INE. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N) por Local de residência, Sexo e Grupo etário. INE, Óbitos por causas de morte https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2 (2019)
- Lima, V. (2019). Casal. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 240-242). Pactor.
- Lei nº57/2021 de 16 de agosto: que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, proteção e assistência às vítimas, acedido a 3 de janeiro de 2022.
- Lei nº95/2019 de 4 de setembro: que aprova a Lei de Bases da Saúde.
- Lei nº36/98 de 24 de julho: que estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.
- Lopes, E. (2019). Perturbações de sono-vigília In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 195-197). Pactor.
- Plano Nacional De Saúde, (2007). *Relatório da Avaliação da Comissão Técnica de Acompanhamento da reforma da saúde mental*. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. (2017). http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Matos, A.C., (2014). A depressão. Climepsi Editores.
- Matos, A.C., (2012). Saúde mental. Climepsi Editores.
- Mendes, T. & Sani, A. (2015). Representações de crianças expostas à violência interpuparental através de provas projetivas. Universidade Lusíada. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. ISSN 1647-4120.
- Núncio, M. J. (2014). Serviço Social; In Carvalho, M; Pinto, C. *Serviço Social: Teorias e Práticas*, 273-288. Pactor.
- Nunes, L. (2019). Droga (de abuso) In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp. 274-276). Pactor.
- Organização Mundial de Saúde 2002 - Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; Version of the Introduction to the World Report on Violence and Health (WHO): Geneve: WHO,2002.
- Rede Europeia Anti-pobreza (2021, November). A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico e social. Observatório Nacional Luta Contra a Pobreza. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-saude-mental-em-Portugal-umbreve-retrato-epidemiologico-1.pdf>
- Relatório Anual de Segurança Interna (2019). <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBQAAAB%2BLCAAAAAAABAAzNDA0sAAAQJ%2BleAUAAAA%3D>
- Relatório Mundial de Saúde (2002). https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

- Relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder: Saúde Mental em Portugal – um desafio para a próxima década. ISSN 2184-6960
- Relatório Mundial sobre a prevenção da violência (2014) Global Status Report on Violence Prevention - Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo 2015
- Reis, P. (2019). Amizade. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade, *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp.8-10). Pactor.
- Ribeiro, O. (2019). Suporte social. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade. *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico* (pp.501-503). Pactor.
- Santos, A., & Cruz, O. (2018). Vítimas de violência conjugal: uma proposta de intervenção cognitivo-comportamental. In A. Sani, & S. Caridade, *Violência, Agressão e Vitimização: Práticas para a intervenção*. Almedina.
- Sacramento, L., & Rezende, M. (2006). Violências: Lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 95-104.
- Sariaslan, A., Arsenault, L., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2020) Risk of subjection to violence and perpetration of violence in persons with psychiatric disorders in Sweden. *JAMA Psychiatry*. 0.1001/jamapsychiatry.2019.4275
- Shirley, A. (2015). Intervenção com crianças e suas famílias. Qual a melhor estratégia? Serviço Social com famílias. In M. Irene, *Maria Irene de Carvalho* (pp.26-42). Pactor.
- Silva, N. & Trovão, N. (2019) Perturbações do espectro da esquizofrenia (e outras perturbações psicóticas). In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade. *Comportamento e saúde mental: Dicionário enciclopédico* (p.207). Pactor.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2020). *Perturbação Mental em Números*. <https://www.sppsm.org/informemente/guiaessencialparajornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Sousa, M. (2019) Perturbações depressivas. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade. *Comportamento e saúde Mental: Dicionário enciclopédico*. (pp.119-121). Pactor.
- Taylor, P. (2008). Psychosis and Violence: Stories, Fears, and Reality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 647-658.
- Walklate, S. (2019) Vitimização e Saúde Mental. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade. *Comportamento e saúde Mental: Dicionário enciclopédico*. (pp.206-208). Pactor.
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE* 8(2): e55942. doi:10.1371/journal.pone.0055942

Apêndice I – Pedido de Colaboração para Investigação



Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal de Sobral de Monte Agraço

Assunto: **PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO**

Para os devidos efeitos, solicito a V/Exa. que seja concedido apoio à elaboração da pesquisa conducente à dissertação de Mestrado da aluna desta Universidade Mariana Ribeiro Lourenço, subordinada ao título provisório “Doença Mental e Violência intrafamiliar; factores de risco e protecção”.

A investigação é orientada pela Professora Doutora Fátima Gameiro que poderá ser contactada para qualquer esclarecimento adicional pelo e-mail: fatima.gameiro@ulusofona.pt ou para a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias- Instituto de Serviço Social, através do e-mail: servico.social@ulusofona.pt

Lisboa, 12 de Julho de 2021



Carlos Diogo Moreira

Professor Doutor Carlos Diogo Moreira

Director do Instituto do Serviço Social

Apêndice II – Declaração de Consentimento de Dados

Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____, portador/a do documento de identificação _____, declaro que participo de livre e espontânea vontade na recolha de dados necessários para prossecução da dissertação “Saúde Mental e Violência Intrafamiliar: fatores de risco e proteção” que tem como objetivos identificar papéis de vítima e/ou agressor em indivíduos com doença mental, identificar a perceção de agressividade em indivíduos com diagnóstico de doença mental e identificar fatores de risco e proteção em pessoas com doença mental, no âmbito do Mestrado em Riscos e Violência(s) nas Sociais: Análise e Intervenção Social do Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Consinto o registo, compilação e tratamento dos dados pela mestrande Mariana Ribeiro Lourenço, número 21906567, sob critérios de sigilo profissional, confidencialidade e imparcialidade, tendo como única finalidade a elaboração da dissertação, com a devida supervisão e orientação da Professora Doutora Fátima Gameiro.

Declaro ainda que estou informado/a dos objetivos do estudo e das fases da investigação, bem como do compromisso de garantia de confidencialidade, preservando a minha identidade pessoal.

Sendo possível, a qualquer momento, ser esclarecido/a quanto a eventuais interpretações ou questões adicionais através do e-mail.

Apêndice III – Entrevista Semi-Estruturada: **Guião da Entrevista**

Caracterização da população: pessoas com diagnóstico de perturbação de humor, perturbação psicótica, perturbação bipolar, com toma de medicação regular há mais de 22 dias, que residam em contexto familiar, ou tenham residido até há um ano.

Introdução

Caracterização: Nome, idade, sexo, freguesia de residência, naturalidade, nacionalidade, composição do agregado familiar, diagnóstico, situação face ao emprego, tipologia habitação

1. Fatores e rotinas individuais

1.1. Como é o seu dia-a-dia? Quais são as suas rotinas?

Percurso individual (história de vida)

1.2. Estudou até que ano? Como era a sua relação com os seus colegas na escola?

1.2.1. Sentiu discriminação na escola? Se sim, como reagiu?

1.2.2. Esteve envolvido/a em alguma situação de violência na escola?

1.2.3. A situação ficou resolvida? Como?

1.3. Qual é a sua situação profissional? Se se encontra desempregado, qual foi o seu último emprego e quando foi a última vez que trabalhou?

1.4. Sentiu discriminação no local de trabalho?

1.5. Esteve envolvido/a em alguma situação de violência no local de trabalho?

1.6. A situação ficou resolvida? Como?

1.7. E relativamente à sua saúde, como se sente?

1.8. Qual é o impacto que a doença tem nas suas rotinas? (Precisa de ajuda na realização de tarefas, avds, tomada de decisão)

1.9. Que atividades realiza?

1.10. Mantendo-nos na sua situação de saúde, tem acompanhamento clínico? Com que frequência? Em que especialidades?

1. 11. Realiza corretamente a toma da medicação? Se sim, como se sente? Se não, porquê?

2. Fatores e rotinas familiares

2.1. Gostaria que fizesse um retrato da sua família. Onde nasceu, cresceu, e passou a sua infância e adolescência.

Realize uma breve descrição dos seus familiares. Como era a sua relação com cada pessoa?

2.1.1. Reside com as mesmas pessoas?

2.1.1. Recorda-se das suas rotinas familiares na infância? E na adolescência?

2.1.2. Sentiu negligência por parte dos seus familiares?

2.2.3. Esteve envolvido/a em alguma situação de violência na sua família nuclear?

2.2.4. Se sim, importa-se de explicar com detalhe?

2.2.5. Como resolveu essa situação?

2.3. Violência intrafamiliar – enquanto agressor/ enquanto vítima (tabela)

2.4. Identificar nível de agressividade

2.5 Tem outros familiares? Quem?

3. Fatores contextuais/ comunitários

3.1. Tem vizinhos? Qual é a sua relação com eles?

3.2. Tem amigos? Se sim, com que frequência está em contacto com eles?

3.3. Que locais costuma frequentar na comunidade?

3.4. Sente falta de algum equipamento ou recurso na comunidade?

4. Fatores institucionais

4.1. Já frequentou ou frequenta alguma resposta social/ institucional?

4.2. Se sim, qual? Como é o seu relacionamento com as pessoas na instituição?

4.2. Teve ou tem acompanhamento por algum Técnico/ Assistente Social?

Apêndice IV – Questionário de Buss & Perry

AQ- Questionário de Agressividade

(Buss & Perry,1992; Simões,1993)

As frases que encontra a seguir dizem respeito à maneira como as pessoas costumam reagir em relação aos outros. Pedimos-lhe que, depois de ler cada frase, pense até que ponto ela se aplica a si. Indique a sua resposta, colocando um círculo (O) à volta do número que escolher, utilizando para tal a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Não se aplica nada	Não se aplica quase nada	Aplica-se assim, assim	Aplica-se bastante	Aplica-se muito

1		1	2	3	4	5
1	Tenho facilidade em dominar o meu génio (em controlar-me)					
2	Sei que alguns “amigos” dizem mal de mim nas minhas costas					
3	Acontece-me frequentemente estar de acordo com os outros					
4	Gostaria de saber porque é que, às vezes, me irrito tanto com certas coisas					
5	Quando estou furioso mostro, claramente, a minha irritação					
6	Às vezes, perco as estribeiras por coisas sem importância					
7	Sinto que, às vezes, as pessoas se riem de mim, na minha ausência					
8	Às vezes, sinto que a vida tem sido dura e injusta para comigo					
9	Parece-me que a sorte está sempre do lado dos outros					
10	Sou uma pessoa calma					
11	Já perdi a cabeça, a ponto de partir alguns objetos					
12	Não consigo encontrar qualquer razão para se bater em alguém					
13	Irrito-me facilmente, mas também me acalmo depressa					
14	Quando os outros me aborrecem sou capaz de lhes dizer o que penso deles					
15	Se alguém me bate, eu também lhe bato					
16	Às vezes, sinto-me roído de inveja					
17	Se tiver que recorrer à violência, para defender os meus direitos, não hesitarei em fazê-lo					
18	Já ameacei pessoas que eu conheço					
19	Os meus amigos dizem que eu sou um pouco quezilento(a) (gosto de provocar brigas)					
20	Desconfio das pessoas desconhecidas e com ares de muitos amigos					
21	Às vezes consigo dominar o meu desejo de bater nas outras pessoas					
22	Sinto-me, às vezes, como um barril de pólvora prestes a explodir					
23	Entro em zaragatas mais vezes que a maioria das pessoas					
24	Quando não concordo com os meus amigos digo-lhes abertamente					
25	Alguns dos meus amigos pensam que eu sou uma pessoa irritável					

26	Quando os outros são excepcionalmente amáveis para comigo, pergunto-me o que é que eles pretendem					
27	Há pessoas que me provocam tanto que chegamos a vias de facto (a andar à “tarefa”)					
28	Não consigo evitar a discussão quando os outros discordam de mim					
29	Se me provocam bastante, sou capaz de bater nos outros					

Apêndice V – Tabela de Apoio à Obtenção dos Resultados das Entrevistas

Categoria		Dimensões	Variáveis	Subvariáveis	Sub-sub Variáveis	Sub-sub-sub	Resultados
Doença Mental e Violência intrafamiliar	Perturbação do humor	Indivíduos	Proteção	Auto-estima elevada, desejo de autonomia, resiliência, capacidades cognitivas, capacidade de empatia, proatividade, prescrição médica/ automedicação; adesão/ toma de psicofármacos;	Resiliência; capacidades cognitivas; capacidade de empatia; Prescrição médica; Adesão/ toma de psicofármacos	Resiliência (1); capacidades cognitivas; (1) capacidade de empatia(1) Prescrição médica (1); Adesão/ toma de psicofármacos (1);	
Doença Mental e Violência intrafamiliar	Perturbação do humor	Indivíduos	Risco	Dependência física, défice psíquico ou cognitivo, doenças neurológicas, problemas comportamentais, não satisfação das expectativas dos pais ou familiares de referência; Ideação/ tentativa de suicídio; nº de vezes e como;	doenças neurológicas; não satisfação das expectativas dos familiares de referência.	doenças neurológicas (1); não satisfação das expectativas dos familiares de referência. (1)	
Doença Mental e Violência intrafamiliar	Perturbação do humor	Famílias	Proteção	Relação afetiva, interações familiares positivas, suporte conjugal ou familiar, capacidade de resolução de conflitos familiares, existência de família alargada	Relação afetiva; Suporte conjugal e familiar; Capacidade de resolução de conflitos familiares; Existência de família alargada;	Relação afetiva (1); Suporte conjugal e familiar (1); Capacidade de resolução de conflitos familiares (1); Existência de família alargada (1);	

Doença Mental e Violência intrafamiliar	Perturbação do humor	Familiares	Risco	Destruturção familiar; Conflitos conjugais/familiares; Violência doméstica/intrafamiliar; Ausência de hierarquia familiar Tipos de violência (física, psicológica, contra	Conflitos conjugais/familiares; Violência doméstica intrafamiliar; Violência psicológica com o marido	Conflitos conjugais/familiares (1); Violência doméstica intrafamiliar (1); Violência psicológica contra o marido (1);
				equipamentos); Como agressor/a, vítima;	enquanto agressora; violência física com familiar enquanto agressora	Violência física contra familiar (1)
Doença Mental e Violência intrafamiliar	Perturbação do humor	Contextual/Comunidade	Proteção	Apoio social disponível; Grupos formais e informais de pares; Recursos adequados na comunidade, correspondentes às necessidades dos indivíduos	Apoio social disponível; Recursos adequados na comunidade	Apoio social disponível (1) Recursos adequados na comunidade (1)
Doença Mental e Violência intrafamiliar	Perturbação do humor	Contextual/Comunidade	Risco	Ausência de rede de suporte social; Ausência de grupos formais de pares; Ausência de recursos na comunidade que correspondam às necessidades dos indivíduos;	Ausência de rede de suporte social, ausência de grupos formais de pares;	Ausência de rede de suporte social (1), ausência de grupos formais de pares (1);
Doença Mental e Violência intrafamiliar	Perturbação do humor	Institucional	Proteção	Existência IPSS/ONG/Projetos ; Existência de técnicos gestores e co-gestores Existências de respostas a nível: alimentar, económico, vestuário, banco de ajudas técnicas, medicação, emprego	Existência de técnicos gestores	Existência de técnicos gestores (1)

Doença Mental e Violência intrafamiliar	Perturbação do humor	Institucional	Risco	Ausência IPSS/ONG/Projeto; Ausência de técnicos	Ausência de Projeto;	Ausência de Projeto; (1)
---	----------------------	---------------	-------	--	----------------------	--------------------------

Apêndice VI – Resultados Entrevista

Esquizofrenia com integração
Realização de atividades ocupacionais (5); Realização de atividades de vida diária (5); Auto-estima elevada (4); proatividade (4); Capacidade de empatia (1); prescrição médica/ toma de psicofármacos (5); Resiliência (2); higiene do sono (1); Capacidades cognitivas (1); Práticas de atividade física (1)
Consumo de substância psicoativas (3); Sentimento de culpa (2); Outras doenças: HIV (1); Bronquite asmática (1); Hipertensão (2); Colesterol (2); diabetes (3); Alteração do ciclo de vigília do sono (2); Isolamento social (2) Consumo excessivo de álcool (1)
Suporte familiar (4); Existência de família alargada (4); Interações familiares positivas (2);
Conflitos familiares (4); Desestruturação familiar (3); Violência física com a mãe enquanto agressora (1); morte de familiar de referência (1); Exposição à violência (1)
Apoio social disponível (5); grupos formais de pares (5); recursos adequados na comunidade correspondentes às necessidades dos indivíduos (5); Existência de locais de referência na comunidade (3); Rede social positiva na instituição (1);
Ausência de rede de suporte social (4); Interação social negativa com os pares (2); Violência na escola enquanto agressor (1); Ausência de locais de referência na comunidade (1); Discriminação no trabalho (1); Conflitos no trabalho (1); Violência no trabalho enquanto agressor (1)
Existência de técnicos gestores (5); Frequência em resposta institucional (5); Permanência em resposta institucional (5); Existência de resposta em fórum ocupacional (4); Existência de resposta residencial em comunidade terapêutica (1)

Esquizofrenia sem integração

adesão/ toma de fármacos (3); Resiliência (2); Auto-estima capacidades cognitiva (1); capacidade de empatia (1); proatividade (1);
Situação socioeconómica vulnerável (3); Alteração do ciclo de vigília do sono (2); isolamento social (2); Tentativa de suicídio (intoxicação medicamentosa) (1); Outras doenças (HIV) (1) ; Violência física com o marido enquanto vítima (1); violência psicológica com o marido enquanto vítima (1); dependência física (1);
Relação afetiva (2); suporte conjugal (1); Capacidade de resolução de conflitos familiares (1)
violência doméstica (2); morte de familiares de referência (2); Desestruturação familiar (1); conflitos conjugais (1); Conflitos familiares (1); Exposição à violência (1)
Apoio social disponível (3)
ausência de rede de suporte social (3); ausência de grupos formais de pares (2); ausência de locais de referência na comunidade (2); ausência de recursos na comunidade que correspondam às necessidades dos indivíduos (2); discriminação social pelos pares (1); violência entre pares (1); violência entre pares (1); interação social negativa com os pares (1); ausência de grupos informais de pares (1)
existência de técnicos gestores (3); existência de respostas a nível: alimentar (1) e medicação (2); frequência em resposta institucional (1)
Ausência de projeto (3)

Bipolaridade com integração
Resiliência (5); capacidade de empatia (3); realização de atividades de vida diária (3); realização de atividades ocupacionais (5); auto-estima elevada (2); proatividade (2); adesão/ toma de fármacos (4) Práticas de exercício físico (1);
isolamento social (3); Consumo excessivo de álcool (1); alteração do ciclo de vigília do sono (1); Doenças neurológicas (1)
Existência de família alargada (3); interações familiares positivas (1); relação afetiva (1);
Desestruturação familiar (3); conflitos familiares (1); ausência de hierarquia familiar (1); morte de familiares de referência (1)
Apio social disponível (4); Grupos formais de pares (5); Recursos adequados na comunidade, correspondentes às necessidades dos indivíduos (1); Existência de locais de referência na comunidade (2); Rede social positiva na instituição (1); rede social positiva na comunidade (1)
Ausência de rede de suporte social (4); Ausência de locais de referência na comunidade (2); interação social negativa com os pares (2); ausência de grupos informais de pares (2); Ausência de grupos formais de pares (1); Ausência de recursos na comunidade que correspondam às necessidades dos indivíduos (1); violência/discriminação na escola (1), violência/ discriminação no trabalho (1); violência entre pares (1); discriminação social pelos pares (1);
Existência de técnicos gestores e co-gestores (5); Frequência em resposta institucional (5); Permanência em resposta institucional (5);

Bipolaridade sem integração
Desejo de autonomia (2); Resiliência (3); Proatividade (3); prescrição médica/ toma de psicofármacos (3); capacidades cognitivas (3); auto-estima elevada (1); higiene do sono (1); realização de atividades ocupacionais (1); realização de atividades de vida diária (1)
Alteração do ciclo de vigília do sono (4); isolamento social (4); outras doenças (3): tricotilomania, automutilação, doenças pulmonares, cataratas, diabetes; sentimento de culpa (2); Situação socioeconómica vulnerável (2); tentativa de suicídio (intoxicação medicamentosa - 2 vezes) (1); consumo de substância psicoativas (1); automedicação (1)
Existência de família alargada (2); Relação afetiva (1); Suporte familiar (1); interações familiares positivas (1);
morte de familiar de referência (3); desestruturação familiar (3); Conflitos familiares (2); violência psicológica do pai enquanto agressor (1); violência física do pai enquanto agressor (1); tentativa de violação por parte do pai (1) exposição à violência (1); ausência de hierarquia familiar (1); conflitos conjugais (1); violência física do marido enquanto agressor (1); conflitos conjugais (1)
Apoio social disponível (4); grupos informais de pares (1); existência de locais de referência na comunidade (1);
Ausência de rede de suporte social (4); Ausência de grupos formais de pares (3); Ausência de locais de referência na comunidade (2); ausência de grupos informais de pares (1);
Existência de técnicos gestores (4); resposta a nível económico (2); resposta a nível de medicação (1); resposta a nível alimentar (1); existência de resposta ao nível do acolhimento ao domicílio de cuidador informal (1);
Ausência de projeto (3)

Perturbação de Humor sem integração
capacidades cognitivas (7); capacidade de empatia (6); Prescrição médica/toma de psicofármacos (5); desejo de autonomia (4); proatividade (4); resiliência (3); competências sociais (1); higiene do sono (1)
Situação socioeconómica vulnerável (8); tentativa de suicídio (5); outras doenças (4); Alteração do ciclo de vigília do sono (4); não satisfação das expectativas dos familiares de referência (3); sentimento de culpa (3); isolamento social (3); doenças neurológicas (2); problemas comportamentais (2); automedicação (1); consumo excessivo do álcool (1)
suporte familiar (5); Existência de família alargada (5); Capacidade de resolução de conflitos familiares (3); Relação afetiva (2); Suporte conjugal (2); interações familiares positivas (2)
desestruturação familiar (8); conflitos familiares (7); conflitos conjugais (5); violência psicológica - vítima (5); Violência psicológica - agressor/a (5); ; violência física - vítima (4); morte de familiares (3) Violência doméstica intrafamiliar (3) violência física - agressora (2); Ausência de hierarquia familiar (2); Exposição à violência (2); ;violência física - agressora (1); conflitos ex-conjugais (1)
Apoio social disponível (9); Pessoa de referência na comunidade (1); Grupos informais de pares (1); apoio social disponível (1); rede social positiva na comunidade (1)
Ausência de rede de suporte social (8); ausência de grupos formais de pares (5); Ausência de recursos na comunidade que correspondam às necessidades dos indivíduos (5); Ausência de grupos informais de pares (3); discriminação no trabalho (3); Ausência de locais de referência na comunidade (2); discriminação na escola (2); violência entre pares (1); discriminação social pelos pares (1); interação social negativa com os pares (1).
Existência de técnicos gestores (9); Apoio na medicação (4); Apoio alimentar (4)
Ausência de projeto (9)

Apêndice VII – Resultados Buss & Perry

Agressividade Total	Dimensão afetiva	Agressão física	Agressão verbal	Dimensão cognitiva
108	23	28	21	36
49	17	13	9	10
70	11	35	9	15
119	31	37	18	33
62	15	19	9	19
45	7	18	11	9
84	20	27	11	26
60	17	13	11	19
71	23	11	11	26
88	27	25	10	26
56	10	15	7	24
75	19	16	12	28
70	18	13	17	22
89	25	18	14	32
110	32	39	11	28
78	14	13	17	34
69	23	18	7	21
97	25	30	13	29
76	19	17	8	32
78	23	17	11	27
69	16	20	13	20
86	20	25	13	28
73	21	22	14	16
77	18	23	14	22
61	10	15	16	20
62	8	21	17	16

