



Doença Mental: Perceção da Família

Vânia Sofia Teixeira Antunes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança,

Para a obtenção do grau de Mestre em Educação Social

Orientada por: Mestre Pedro Margalhos Rodrigues

Bragança, Novembro, 2013

Doença mental: Perceção da família

Dedicatória

Aos meus pais...

Pais que me ensinaram, a nunca desistir de realizar um sonho, por muito difícil que seja, e que contribuíram para o meu crescimento...

A minha Irmã...

Marina que sempre com o sorriso na cara me incentivou ao longo de todo o meu percurso académico e pela sua amizade incondicional...

Em particular

Ao meu namorado, que partilhou comigo momentos de alegria, tristeza, desanimo, angústia e sucesso... que me ajudou de forma incondicional e que sabe sempre dizer a palavra certa na hora certa...

Aos meus amigos...

Aqueles que sempre demonstraram carinho e afeição por mim e aqueles que me ajudaram a concluir esta investigação ...

Aos participantes...

Pela sua preciosa colaboração e testemunho, pois sem ela não seria possível a realização deste trabalho...

Ao meu orientador...

Mestre Pedro Margalhos, pela ajuda preciosa e pelas suas orientações, que se tornaram fundamentais para o meu conhecimento a cerca da temática e para a conclusão da investigação...

É para todos vós esta investigação

Vânia Antunes

Pensamento

Tu...

Que nasceste sem capacidade, de demonstrares a tua dor...

Tanto ris, como choras... e nem sabes porquê!...

Passas os dias a esperar... sem saberes o que isso é...

São iguais os teus dias, quer chova ou faça sol... seja Natal ou

Carnaval...

Porquê?

Porque não podes ser tu, igual?

Porque não demonstras os teus afectos?

Quem foi que os roubou?

Esse teu ar de criança... faz-me enternecer...

Ajudo-te, estendendo-te a mão... dás-me um sorriso... um sorriso puro... inocente!...

Como te puderam abandonar?

Se tu, afinal, também és gente?

Alexandra Branco

Coimbra, 9 de Março de 2007

Resumo:

A doença mental é caracterizada por um conjunto de alterações bio-pisco-sociais que afeta 20% da população mundial. Em inúmeras situações o diagnóstico é grave, com um desenvolvimento crónico, afetando o indivíduo e o seu grupo familiar.

Assim o presente estudo tem como objetivo, avaliar a percepção que a família tem sobre os conceitos de doença mental, instituições psiquiátricas, a sua família, eu, sociedade, estigma da doença mental, exclusão social do doente mental e exercício de cidadania.

Para tal desenhou-se um estudo observacional descritivo de carácter transversal, tendo-se aplicado um questionário a uma amostra de 50 familiares, que recorrem ao Centro Hospitalar do Nordeste.

Os familiares e o membro da família, com diagnóstico de doença mental são maioritariamente do género feminino, com habilitações literárias ao nível do 1ºciclo, com uma média de idades entre 45.74 e 55.12 anos respetivamente.

Em relação aos resultados da escala de diferencial semântico, obteve-se os seguintes resultados: percepção negativa face ao conceito de doença mental (48.48%) e em relação ao conceito exercício de cidadania (63.47%) e percepção positiva relativamente aos conceitos da minha família (53.04%) eu, (57.04) sociedade, (53.88%) estigma da doença mental, (51%) e exclusão social do doente mental (52,29%).

Palavras- chave: Exclusão Social; Doença Mental; Doente Mental; Família; Percepção.

Abstract:

Mental illness is characterized by a set of biopsicossocial changes that affects 20 % of the world population. In many cases the diagnosis is severe with a chronic development, affecting the individual as well as the family group.

The present study aims to evaluate the perception that the family has on the concepts of mental illness, psychiatric institutions, their family, me, society, stigma of mental illness, social exclusion of the mentally ill and the exercise of citizenship.

Drawn up for such an observational descriptive transversal, having applied a questionnaire to a sample of 50 families, who use the Northeast Center Hospital.

The relatives and family member diagnosed with mental illness are mostly feminine gender, educational level with the 1st. cycle with an average age of 45.74 and 55.12 years respectively.

Regarding the results of the semantic differential scale, we obtained the following results: negative perception against the concept of mental illness (48.48 %) and in relation to the concept of citizenship exercise (63.47 %) and positive perception to the terms of my family, (53.04 %) I, (57.04) company, (53.88 %) stigma of mental illness, (51 %) and social exclusion of the mentally ill (52.29 %).

Keywords: Social Exclusion, Mental Illness, Mental Ill, Family, Perception.

Lista de Siglas e Abreviaturas

CAPS- Centros de Atenção Psicossocial

IAP- Instituto de Assistência Psiquiátrica

IPSS- Instituições Privadas de Segurança Social

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONG- Organização Não Governamental

NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial

Min- Mínimo

Max- Máximo

Índice

Introdução	1
I Parte -Enquadramento Teórico	3
1. Exclusão Social	4
1.1. <i>Exclusão Social na Doença Mental</i>	5
2. Conceito de doença mental	8
2.1. <i>Conceito de doente mental</i>	11
2.2. <i>Políticas de saúde mental em Portugal</i>	13
3-Família	18
3.1. <i>Famílias dos Doentes Mentais</i>	21
II Parte -Enquadramento Metodológico	23
4. Enquadramento da problemática em estudo	24
4.1. Contexto	25
4.2. Objetivos do estudo	26
4.3. População	27
4.3.1. <i>Seleção da amostra</i>	27
4.4. Procedimentos	27
4.4.1. <i>Tipo de Estudo</i>	27
4.4.2. <i>Procedimentos de recolha de dados e procedimentos éticos e deontológicos</i> ..	28
4.5. Instrumento de recolha de dados	28
4.5.1- <i>Escala de Diferencial Semântico</i>	29
5. Metodologia de tratamento de dados	32
5.1. <i>Operacionalização das variáveis de investigação</i>	33
6. Apresentação e análise dos dados	34
6.1. <i>Objetivo 1- Avaliar o perfil sociodemográfico do familiar do doente mental</i>	35

6.2. Objetivo 2- <i>Estudar as características sociodemográficas e clínicas do doente mental</i>	36
6.3. Objetivo 3- <i>Analisar a percepção que os familiares dos doentes mentais têm da doença mental, de si próprios, da exclusão social (especificamente que qualidade e força são atribuídas)</i>	38
7. Discussão	49
Considerações Finais	59
Referências Bibliográficas	62
Anexos	66
Anexo I	67
<i>Anexo I. Instrumento de recolha de dados</i>	68
Anexos II	77
<i>Anexo II. Documentação para a Comissão Ética</i>	78
Anexo III	79
<i>Anexo III. Informação técnico-estatística</i>	80

Índice de tabelas

Tabela 1-Características sociodemográficas do familiar	35
Tabela 2-Características Sociodemográficas e clínicas do doente mental	37
Tabela 3-Médias e Desvios Padrão nos Fatores	39
Tabela 4-Matriz de correlações: Fatores Avaliativos 6	40
Tabela 5-Matriz de correlações: Fatores de Potência	41
Tabela 6-Percepção da doença (avaliativo) consoante a caracterização dos familiares .	43
Tabela 7-Percepção da doença (potência) consoante caracterização dos familiares	44
Tabela 8-Percepção de si (avaliativo) consoante a caracterização dos familiares.....	45
Tabela 9-percepção de si (potência) consoante a caracterização dos familiares	46
Tabela 10-Percepção da exclusão social (avaliativo) consoante a caracterização dos familiares	47
Tabela 11-Percepção da exclusão social (potência) consoante a caracterização dos familiares	48

Índice de Gráficos

Figura 1-Diagrama de Dispersão: Fatores avaliativos versus Fatores de potência..... 42

Introdução

A doença mental caracteriza-se como a alteração do modo de pensar, das emoções ou desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social.

Assim na doença mental, não existe uma insuficiência, mas uma alteração que apresenta diversos graus de gravidade. A perturbação pode ser tratada e em muitas vezes curada mas quando se verifica uma deterioração das capacidades pode-se dizer que esta resulta da doença e não de uma condição inicial (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Quando o diagnóstico é realizado, o indivíduo que sofre de uma perturbação mental começa a sentir dificuldades, que são a não-aceitação da perturbação, o preconceito e a exclusão social, conduzindo a ruturas, que dificilmente têm retorno como, a perda de vínculos sociais, a perda de ligações comunitárias, e a perda de capacidades individuais (Jorge & Bezerra, 2004).

Assim sendo é importante criar novas estratégias, que ajudem a família e a pessoa que sofre de uma perturbação, a ultrapassar as limitações causadas pela doença. Pois o aparecimento de uma perturbação num elemento da família e as suas consequências fazem agravar conflitos e dificuldades que já existiam no dia-a-dia e que já tinham sido superados por estes. A culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, são outras limitações que advêm do sofrimento que a loucura imprime, tanto para a família como para a pessoa que adoece (Souza & Scatena, 2005).

A família é um fator importante para o tratamento e reabilitação do indivíduo que sofre de uma patologia, assim sendo deveria merecer maior atenção por parte de todos os envolventes (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Assim o presente estudo tem como objetivo avaliar a percepção que a família tem sobre a doença mental; como essa percepção influencia os comportamentos e atitudes destes em relação ao doente mental; como esses mesmos comportamentos e atitude

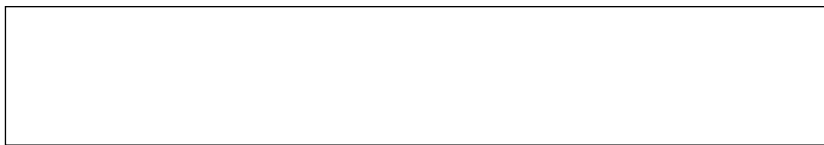
influenciam a forma como o doente mental se percebe e de que modo estas percepções alimentam a exclusão social.

Operacionalizamos a investigação através da aplicação da escala de diferencial semântico de (Silva, 2004 citado por Osgood, 2009), a cinquenta familiares de pessoas com diagnóstico de perturbação mental, integrados no Centro Hospitalar do Nordeste.

Foram aplicados questionários sociodemográficos ao familiar para perceber qual o seu perfil e o do doente, também se aplicou a escala de diferencial semântico para analisar a percepção em relação aos conceitos de doença mental, instituições psiquiátricas, a minha família, eu, sociedade, estigma da doença mental, exclusão social do doente mental e exercício de cidadania (Silva, 2004).

Iniciou-se a dissertação com um capítulo teórico que permite enquadrar a problemática em estudo e sustenta a discussão dos resultados encontrados. Nesse capítulo abordamos o conceito de exclusão social, a exclusão social na doença mental, o conceito de doente mental, as políticas de saúde mental em Portugal, a família, a família dos doentes mentais.

Em seguida, o capítulo metodológico onde se definiu a metodologia a utilizar para a concretização dos objetivos propostos. A apresentação dos resultados obtidos e a sua discussão, contrapondo-os com a revisão bibliográfica. Por fim colocamos em evidência as principais conclusões decorrentes do presente estudo.



1. Exclusão Social

A noção de exclusão social e análise de pessoas e grupos desfavorecidos pertence à cultura francesa. Neste sentido Costa (1998, citado por Castel, 1990) define o conceito de exclusão social como a fase extrema do processo de marginalização, sendo apresentado como um caminho que tende a ser descendente, onde se verificam várias ruturas do indivíduo com a sociedade. Este caminho difícil muitas vezes é acompanhado de um afastamento do mercado de trabalho, por um longo período de tempo ou até mesmo um afastamento definitivo.

Mais complicado ainda é quando a exclusão social atinge a sua fase extrema que é normalmente caracterizada por uma rutura de tudo que envolve o indivíduo como a família, amigos e o próprio emprego.

Inicialmente pensava-se que o conceito de exclusão social era equiparado ao conceito de pobreza, no entanto estes dois conceitos são diferentes e pertencem a duas realidades distintas, pois as pessoas podem ser pobres e não serem excluídas mantendo relações afetivas com a família e os amigos (Costa, 1998).

A expressão exclusão social passa a fazer parte do discurso comunitário europeu a partir dos anos noventa, assumindo dois sentidos. O primeiro, que substituiu o termo pobreza e o segundo, que a exclusão social não fosse entendida como a fase final do processo de marginalização, mas sim como todo o processo.

Esta questão deu origem a vários debates chegando às perguntas: quem é excluído? É excluído de quê? Mas como o excluído pertence à área social permite relacionar o termo com a sociedade e com o exercício da cidadania. O exercício de cidadania pleno é o acesso a um conjunto de sistemas sociais básicos, que se apresentam em cinco domínios o social, o económico, o institucional, o territorial e das referências simbólicas (Costa, 1998).

O domínio social é caracterizado por a presença de grupos, comunidades e redes sociais onde o indivíduo se encontra incluído como a família, os vizinhos até às associações desportivas e culturais, comunidade local e mercado de trabalho.

Relativamente ao domínio económico é possível analisar três sistemas que são os mecanismos que geram recursos, o mercado de bens e serviços e o sistema que permite poupar. No que diz respeito ao domínio institucional é importante referir dois sistemas, aquele que contempla a prestação de serviços onde se pode incluir o sistema educativo, de saúde, de justiça e de habitação, sendo o segundo, aquele que auxilia o indivíduo em relação as questões cívicas e políticas abrangendo o sistema burocrático e o sistema político.

Ao nível do domínio territorial a abordagem deste tema ainda é recente, no entanto salienta-se que se deixou de analisar só o contexto familiar para se analisar todo o território como é o caso dos bairros degradados e dos bairros de lata. Outra situação que se encontra relacionada com o domínio territorial é o problema das migrações. Por fim o domínio das referências simbólicas que integra todas as perdas que o indivíduo excluído sofreu, podem-se manter ou agravar como é o caso da autoestima, da autoconfiança, da identidade social, das perspetivas, da iniciativa, da vontade e da motivação.

Estes sistemas sociais básicos na realidade não se encontram separados nem se analisam de forma separada, uma vez que estes são fortemente interligados, chegando a sobrepor-se em algumas situações (Costa, 1998).

1.1. Exclusão Social na Doença Mental

O termo estigma na idade média significava difamação e acusação pública de um crime, o que permitia reconhecer todos aqueles que o cometiam. Nos dias de hoje o termo assume um cariz mais amplo abrangendo até a área de saúde tendo como exemplo a sida e a doença mental, despertando preconceitos contra as pessoas que delas sofrem (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009).

De uma forma geral e de acordo com os modelos psicossociais que tentam explicar o fenómeno do estigma e que fundamentalmente se dividem em três

características básicas. Os modelos que focam o papel do afeto, onde se considera que o preconceito surge, como uma resposta emocional negativa. Os modelos que dão primazia ao papel da motivação e que referem que o preconceito serve algumas necessidades motivacionais. E os modelos que focam o papel do conhecimento, que utilizam a categorização com conceito fundamental para o estigma e a formação de preconceito, pois o ser humano tem a tendência de categorizar objetos e pessoas (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009 citado por Ottati et al., 2005).

Assim o estigma manifesta-se através de três aspetos do comportamento social. Os estereótipos que são aqueles que incluem conhecimentos que são concebidos pela maior parte da sociedade, e que podem despoletar reações e emoções negativas, que podem levar aos preconceitos sociais que se traduzem em atitudes que em última instância podem conduzir à discriminação, colocando o doente mental em situação de fragilidade e á margem da sociedade (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009).

Relativamente à doença mental as investigações tem evidenciado que as sociedades ocidentais costumam incluir fatores como a perigosidade e a relação com atos violentos, o caracter débil, a incapacidade para realizar tarefas básicas como as do autocuidado, falta de controlo e a imprevisibilidade dos seus atos. Tudo isto desencadeia formas de discriminação, como o difícil acesso ao mercado de trabalho, a dependência habitacional, a falta de relações sociais e o complicado acesso ao sistema judicial e de saúde. Dificultando assim a integração social do doente mental e das suas famílias (Sousa, 2008).

Assim são desencadeados riscos psicológicos que advêm do processo de exclusão social tais como os comportamentos de auto exclusão, problemas cognitivos, condutas autopunitivas e de risco (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009).

A sociedade em geral diz que uma pessoa sofre de uma perturbação mental quando se reúnem e se relacionam quatro fatores de forma estigmatizadora. O primeiro fator encontra-se relacionado com os sintomas psiquiátricos, como comportamentos desajustados, dificuldade na comunicação e irregularidades na linguagem. O segundo fator refere-se aos défices das habilidades sociais, como o contacto visual, linguagem corporal e discussão de determinadas temáticas. O terceiro fator é a aparência física que inclui as rotinas diárias de higiene e a forma de se vestir e apresentar. O quarto e último

fator são os rótulos que normalmente as pessoas são vítimas, devido à sua perturbação mental (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009).

Assim o estigma que acompanha a doença mental é encarado como um fenómeno complexo e que apresenta diferentes formas e níveis de compreensão. Tais como o estigma percebido ou antecipado que corresponde às crenças relativas à desvalorização e discriminação que uma pessoa sofre por ser portadora de uma doença mental. O estigma experimentado refere-se a todas as pessoas que já viveram experiências negativas e de discriminação, já o estigma por associação normalmente diz respeito às pessoas que sofrem de uma perturbação mental e a todos aqueles que se encontram em estreita relação, como é o caso da família e dos profissionais da área (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009).

A família também é afetada por dois tipos de estigma, o estigma público e o auto-estigma. O estigma público que se generaliza desde a pessoa com doença mental até à sua família, podendo ser experimentado através da observação, quando o seu familiar é vítima e sofre do estigma. O auto-estigma em que a família assimila as mensagens que a sociedade em geral, os profissionais e os restantes elementos da família referem à cerca da origem e das consequências da perturbação. Conduzindo a sentimentos de culpa, de vergonha, de negação ou então à busca intensiva do tratamento para a pessoa que sofre da perturbação e de apoio social (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009).

2. Conceito de doença mental

O conceito de doença ou de saúde surge como qualquer outro conceito, uma vez que a sua origem é gerada pela sociedade bem como pelas interações humanas (Alves, 2001).

Assim o conceito de saúde define-se como um estado positivo de completo bem-estar psicológico, social e biológico, ao contrário do modelo médico que se refere à saúde, como a ausência de qualquer tipo de doença ou distúrbio biológico.

As consequências da doença no indivíduo podem ser de cariz físico, psicológico e social contribuindo desta forma para o desequilíbrio, sendo afetado o meio familiar, laboral e outros a que o indivíduo pertence.

É de salientar que existem duas abordagens diferentes e importantes, sendo elas a abordagem funcionalista que segundo Talcott Parsons, o indivíduo que sofre de uma doença pode desviar-se do seu funcionamento biossocial normal, mas não consistiria num desvio no sentido estrito de violação das normas de ação social. Já a abordagem marxista dá importância aos fatores biológicos e não aos fatores sociais que envolvem o indivíduo (Alves, 2001).

O conceito de doença mental ao longo da história foi-se modificando, sendo avaliado em diversas perspetivas, desde orgânicas, a psicológicas e sociais (Alves, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001, citado por Fazenda, 2008, p.18) a doença mental caracteriza-se por *“alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social, resultando de fatores biológicos, psicológicos e sociais”*.

A doença mental pode ser aguda, representando pouca evolução ou crónica apresentando longa evolução, podendo ser tratada e até mesmo curada. A concepção

atual do conceito de doença mental privilegia três abordagens, a orgânica, a psicológica e a social.

A abordagem orgânica apresenta como causa do aparecimento da perturbação os fatores biológicos, hereditários e os fatores obtidos que podem ser de origem traumática, tóxica ou infecciosa (Alves, 2001).

A abordagem psicológica, tem em atenção os aspetos pessoais do indivíduo, ou seja as emoções, os pensamentos, as atitudes, as iniciativas e as frustrações, que se integram em diversas dimensões como pessoal, familiar, laboral e social.

A abordagem social privilegia a relação que existe entre a doença e o contexto em que ela surge. Esta considera os fatores sociais, fundamentais para o aparecimento ou evolução da perturbação. Estes fatores podem ser de cariz relacional, cultural e económico (Alves, 2001).

As três abordagens devem ser alvo de análise em conjunto e não de forma separada, o que contribui para a necessidade de adotar uma perspetiva psicossocial, que explica a doença mental como um todo, bem como a interação de diversos fatores referidos em cada abordagem. Esta perspetiva torna-se eficaz uma vez que permite um melhor conhecimento da perturbação e uma melhor reabilitação e reinserção do doente na comunidade ou sociedade (Alves, 2001).

Vários estudos revelam que os fatores biológicos dão, uma maior predisposição para o aparecimento da perturbação, o que significa que o indivíduo se torna mais desprotegido. No entanto os fatores psicológicos e o meio envolvente também têm que se ter em consideração.

A par destas investigações surge uma nova questão a relação entre o género e a perturbação, sendo visível uma maior incidência no género feminino. Pois os comportamentos antissociais são mais aceitáveis pela sociedade para o género masculino, estes expressam as suas dificuldades, evitando expressar que está doente pois seria interpretado como um sinal de fraqueza.

Já o género feminino tem menos oportunidades de emprego, maiores responsabilidades pois a educação dos filhos, a gestão do lar e o menor poder no

casamento estão a seu cargo tornando-se mais vulnerável à doença (Rabasquinho & Pereira, 2007).

A doença mental muitas vezes é associada a pobreza e a exclusão social, porque os indivíduos que se apresentam numa classe social mais desfavorecida, tem maior predisposição para a perturbação (Alves, 2001).

A história evidencia que o entendimento da loucura ao longo dos tempos resulta das conceções presentes no mundo. O que hoje é denominado como doença mental, foi durante séculos um sinal de sabedoria, capacidade de comunicar com os espíritos, ações pecaminosas e influência de forças estranhas.

No final do século XVIII na Europa, surge o conceito de doença mental que se adequa a todas as pessoas que apresentam comportamentos estranhos e que rompem com as normas sociais.

No século XX, o conceito de doença mental foi alargado a uma grande variedade de comportamentos humanos, num movimento de psiquiatria nas sociedades ocidentais. Na metade do século observa-se os movimentos de desinstitucionalização, onde se tentam introduzir filosofias de intervenção comunitária (Alves & Silva, s/d).

Os hospitais psiquiátricos quando surgiram tinham como principal objetivo o controle, a alienação e a separação dos indivíduos que sofriam de uma perturbação na sua vida social.

Todo este processo de isolamento e controle permitia a modificação do indivíduo, promovendo um desajuste devido à distância das rotinas e a modificações ocorridas no exterior da instituição, contribuindo assim para uma dependência da organização e medo de reinserir-se na sociedade. Este isolamento causa vários danos como o enfraquecimento da autonomia e da individualidade, contribuindo assim para a estigmatização por parte da comunidade (Alves & Silva, s/d).

Com o passar dos anos cada vez mais se tentou aproximar o indivíduo que sofre de uma perturbação da comunidade, do meio que o envolvia, acreditava-se que o contacto com a sociedade seria um benefício para tratamento ou cura da perturbação.

A saúde mental comunitária é como uma abordagem dos problemas comunitários que rejeita a noção de défice, e defende o princípio do ajustamento do

indivíduo ao seu meio. Transformando o objetivo da intervenção social no fornecimento de recursos materiais, educacionais e psicológicos de suporte para os indivíduos e grupos de uma comunidade que assim, podem viver segundo formas diferenciadas da sociedade em geral (Ornelas, 1997).

Nas últimas décadas têm-se tentado criar serviços adequados às populações que são marginalizadas pela sociedade, desenvolvendo técnicas inovadoras de empoderamento, para assim facilitar a participação destes indivíduos na comunidade (Ornelas, 1997).

2.1. Conceito de doente mental

O doente mental é aquele, que apresenta uma perturbação psicológica e fisiológica. Este encontra-se limitado nas suas ações, não as conseguindo cumprir de forma normalizada, devido a vários aspetos como a sua idade, o seu género e o seu meio envolvente. Ou seja deve ter uma participação ajustada na comunidade e uma devida realização pessoal (Sousa, 2008).

A carta dos direitos dos utentes, com suporte legal na base XIV da lei de bases da saúde, apresenta determinados direitos e deveres do doente mental, que vêm a ser confirmados nos respetivos códigos deontológicos dos profissionais da área de saúde.

Os principais direitos são: o respeito pela dignidade humana, com especial atenção às pessoas que se encontram mais vulneráveis, mais frágeis ou com mais perturbações; o respeito pelas suas ideologias tanto culturais, como filosóficas ou religiosas; receber os devidos cuidados em função da sua perturbação e do seu estado de evolução; o direito à informação dar ou receber o seu consentimento antes de qualquer iniciativa dos profissionais e o direito à privacidade e confidencialidade da sua situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais do indivíduo (Sousa, 2008).

Os deveres da carta apontam como fundamental a responsabilidade e o respeito para o restabelecer da saúde; a colaboração com os profissionais mais próximos e responsáveis pelo seu tratamento, no fornecimento de informação importante e necessária para o seu restabelecimento; o respeito pelos outros doentes, pelos

profissionais, pelas normas de funcionamento e cuidado com os equipamentos que usa. Se assim for, evitam-se gastos inúteis e promove-se a garantia de igualdade e de oportunidades (Sousa, 2008).

Os direitos dos doentes, encontram-se presentes e protegidos em vários documentos éticos, legais e deontológicos, que depois passam a ser deveres dos profissionais que desempenham funções na área de saúde. Estes podem estar presentes nomeadamente nos códigos deontológicos dos médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros. O cuidado de proteger os direitos das pessoas que sofrem de uma perturbação, através da imposição de deveres aos profissionais como e o caso dos códigos deontológicos surge há muito tempo com o juramento de Hipócrates (Miranda, 2008).

É importante também salientar, que o estatuto que o doente mental adquire, surge da relação que este tem com a sociedade e com os diversos grupos sociais. É mais fácil aceitar uma anomalia física ao invés de uma anomalia de foro mental, os grupos sociais aceitam com facilidade que os doentes mentais não possam cumprir obrigações nem atividades, sendo encaradas como uma fraqueza ou um defeito.

Assim um dos grandes obstáculos que se coloca às pessoas que sofrem de perturbações é o estigma social, mantido pela ignorância e pelos mitos que ainda persistem como é o caso da incurabilidade, da incapacidade e do perigo que contribuí para a rejeição e afastamento do indivíduo (Miranda, 2008).

O estigma é o fenómeno que mais afeta a vida das pessoas com doença mental, impedindo-as de atingir importantes objetivos na sua vida, incluindo a sua formação laboral, a sua própria habitação e o seu pedido de ajuda quando esta é sentida e necessitada (Miranda, 2008).

O preconceito e os estereótipos negativos, atribuídos pelos grupos sociais ou pela própria sociedade à pessoa com doença mental, permite que o indivíduo interiorize o estigma, contribuindo assim para uma desvalorização e uma vergonha que reforça ainda mais o afastamento da sociedade. Como consequência o estigma interiorizado resulta numa perda significativa de autoestima, autoconfiança e autoeficácia.

Relativamente à ideia de doença mental, as marcas de preconceito, são muitas vezes apresentadas pelas alcunhas colocadas pelas pessoas, sendo quase sempre

representadas por um comportamento particular do indivíduo que sofre de uma perturbação (Miranda, 2008).

Existem vários significados ligados a esta questão, no meio rural destacam-se, de forma mais visível do que no meio urbano, assumindo variantes de pormenor como por exemplo “ a cabeça não regula bem”, “ é variadinho de todo”, “atrasado”, “não ser certo”, “sem trabelhos”, “nenho”, “tonto”, “parvo”, “estreloucado”, “ter um parafuso a menos”, “tolo”, “não bater bem da bola”, não dizer coisa com coisa”. Na linguagem gestual o doente mental é apontado com o dedo indicador para um dos lados da testa (Henriques, 1998 citado por Miranda, 2008, p.256).

O facto do doente mental agir da mesma forma, em quase todas as ocasiões, torna-se um problema, uma vez que é sempre equiparado a outros que sofrem de perturbações. Já as pessoas ditas normais são diferentes umas das outras tornando-se inclassificáveis.

As pessoas saudáveis são diferentes porque dispõem de diferenças biológicas, culturais, étnicas e ainda consciência para alterar situações e posturas, que não são consideradas ajustadas, ao passo que o doente mental não detém consciência sobre os seus próprios atos, perdendo assim a liberdade de se modificar acabando por agir sempre da mesma forma (Miranda, 2008).

2.2. Políticas de saúde mental em Portugal

As políticas de saúde mental surgem ao nível europeu, mas com alguns atrasos científicos e sociais. Estas políticas vão ter em atenção a intervenção no hospital e depois na comunidade. Os dois grandes períodos são o período da psiquiatria nos hospitais e o período da desinstitucionalização (Esteves, 2011).

A nível internacional a desinstitucionalização assumiu duas grandes correntes importantes mas distintas, a possibilidade dos fármacos permitirem que os doentes sejam libertos e controlados na sociedade e por outro lado a contestação da psiquiatria em que os avanços podem alargar os efeitos para além do hospital.

Estas correntes não tiveram grande visibilidade em Portugal enquanto iniciativas, mas sim como reorganização dos serviços a partir da década de setenta, que foi marcada por quatro fases a sectorização, a integração nos cuidados primários, a integração hospitalar e a reforma (Esteves, 2011).

Os hospitais psiquiátricos surgem na segunda metade do século XIX devido à nova forma de ver a loucura. Estes vêm dar assistência a todos os indivíduos que sofrem de um distúrbio mental.

No entanto o tratamento médico, foi substituído pelo controlo repressivo e moral que normalmente perdura nos asilos. Assim foi construído em 1848 o Hospital de Rilhafoles, que tinha por base uma concepção dualista da doença mental.

Uma concepção era que a doença mental advinha de causas orgânicas e outra era que a doença mental surgia devido a causas morais. Em 1883 dentro dos mesmos princípios é fundado no Porto o Hospital Conde de Ferreira, sendo o primeiro Hospital em Portugal que acolhe pessoas que adotam comportamentos desviantes, os ditos doentes mentais (Esteves, 2011).

A primeira lei de assistência psiquiátrica surge em 1889, esta prevê a necessidade de construir mais Hospitais, a realização de mais exames médicos e a criação de fundos de beneficência que apoiassem esta causa.

O Hospital Júlio de Matos, o Manicómio de Sena, o Hospital Sobral Cid e a autorização para a construção do Hospital de Magalhães Lemos só se concretiza cinquenta anos mais tarde (Esteves, 2011).

Em 1959 são criadas as colónias agrícolas e prevê-se a criação de três serviços distintos, um para os doentes agudos, outro para os doentes crónicos e as consultas externas para as pessoas que não necessitam de ficar internadas, o que não se veio a executar.

Perante esta situação surge a necessidade de criar o Ensino Oficial de Psiquiatria em Lisboa, em Coimbra e no Porto. Durante este período tentou-se introduzir novas ideias para a organização dos hospitais e tratamento dos doentes, mas não passaram de tentativas falhadas como a extinção de medidas repressivas, janelas sem grades, entre outras.

Em 1945 é proposta uma abordagem profilática e higienista, com a criação de centros de assistência psiquiátrica e dispensários de higiene mental bem como asilos asilos.

Em 1953 cria-se o centro de assistência psiquiátrica da zona Norte e em 1958 surge o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP) que tinha como objetivos a ação profilática, a ação terapêutica e a ação pedagógica relativamente aos distúrbios mentais bem como a orientação e a fiscalização de iniciativas particulares (Esteves, 2011).

A partir da década de 60 teve-se a necessidade de se lançar medidas de política e de saúde mental comunitária, isto devido ao progresso dos fármacos e à realização de um diagnóstico na fase inicial da doença, dando assim a possibilidade do doente se tratar e se manter controlado, sem a necessidade de ser internado.

Em 1971 aproxima-se do ponto de vista legislativo a política de saúde mental das iniciativas europeias, articulando-se os serviços de saúde mental com os restantes serviços de saúde.

Outras preocupações foram a reabilitação psicossocial, a desinstitucionalização, os direitos dos doentes mentais, o consentimento do tratamento e o direito à informação que veio a efetivar-se nos anos noventa. Passando a designar-se cuidados primários aos serviços de saúde mental especializados e separados, ambulatório às consultas nos hospitais e centros de saúde mental às divisões artificiais dos hospitais (Esteves, 2011).

Na década de 80 assiste-se a um período que privilegia a aproximação da psiquiatria à comunidade, pela desinstitucionalização e integração de cuidados. Criaram-se unidades de psiquiatria nos hospitais gerais, implantam-se programas de reabilitação e de desinstitucionalização de doentes crónicos e estabelecem-se protocolos com outras entidades privadas.

Em 1989 tenta-se outra vez a reorganização dos serviços de saúde mental, que pretende descentralizar e deslocar recursos, serviços e estruturas dos hospitais psiquiátricos para a comunidade (Esteves, 2011).

Em 1992 é concretizada a integração da saúde mental nos serviços de saúde geral e finalmente colocada em vigor.

A 24 de Julho de 1998 é lançada uma lei de saúde mental, que oficializa a necessidade de criar uma rede que dê resposta a esta causa com a colaboração interministerial e organizações sociais.

Foram criadas várias estruturas, as socio-ocupacionais e as residências que contribuem para a desinstitucionalização e inserção na comunidade como é o caso dos fóruns ocupacionais, unidades de vida protegida e unidades de vida autónoma, que são executadas de acordo com os acordos de cooperação entre os centros regionais de segurança social, as administrações regionais de saúde, IPSSs, ONGs e as autarquias.

Apostou-se também no desenvolvimento de programas que abrangessem o mercado social de emprego, emprego apoiado, centros de atividades ocupacionais, centros de formação, cooperativas de inserção laboral e inserção laboral em mercado normal de trabalho (Esteves, 2011).

Em 1999 é definida a organização da prestação de cuidados de saúde mental, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde Mental. Com a descentralização dos serviços, as respostas aos indivíduos tornam-se mais próximas, tendo um impacto na melhoria dos serviços, no entanto ainda se encontrava deficitária porque esta rede de serviços não acolhia todos os locais do país (Esteves, 2011).

Em 2001 surge o relatório sobre a saúde no mundo, que tenta proporcionar uma nova forma de compreender as perturbações mentais dando esperança a todos que sofrem, cuidam e em geral a todas as comunidades e a todos os países.

Este apresenta dez recomendações importantes que são: proporcionar tratamento em cuidados primários; disponibilizar medicamentos psicotrópicos; proporcionar cuidados na comunidade; educar o público; envolver a comunidade, as famílias e os utentes; estabelecer políticas, programas e legislação nacional; preparar recursos humanos; estabelecer vínculos com outros sectores; monitorizar a saúde mental na comunidade e apoiar mais a pesquisa (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Em 2005 aparece o livro verde, “Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia” este, propunha-se a definir uma estratégia comunitária para a saúde mental, criar uma base de ajuda e cooperação entre todos os membros da união europeia, reforçar as ações no sector da saúde como fora do

setor e permitir que mais pessoas participem na busca de soluções ao nível da comunidade (Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, 2005).

Por fim é importante salientar o plano nacional de saúde mental 2007-2016 da coordenação nacional para a saúde mental, que tem como principais objetivos identificar estratégias para melhorar a qualidade do serviço de saúde mental, promover a saúde mental das populações e desenhar um plano de estratégias adequadas.

No entanto apesar de todas as ações desenvolvidas, Portugal não se encontra ao mesmo nível que os outros países da união europeia. O relatório do plano nacional para a saúde mental concluiu que as medidas não foram aplicadas com sucesso, isto devido à falta de voz ativa dos pacientes e dos familiares, ao facto dos recursos financeiros e recursos humanos, se encontrarem distribuídos de forma assimétrica, entre as várias regiões do país (hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, unidades de internamento e unidades de ambulatório) (Ministério da Saúde, 2007- 2016).

A gestão e o financiamento dos serviços, não permitem a evolução dos serviços de saúde mental, uma vez que coloca o centro dos serviços locais nos hospitais gerais, não cumprindo o objetivo de desenvolver redes de cuidados na comunidade.

Em relação aos hospitais psiquiátricos, a situação é ainda pior uma vez que não possui qualquer plano nacional ou regional e não contém um modelo de contratualização claro, o que permite o não cumprimento dos objetivos determinados pela lei de saúde mental (Ministério da Saúde, 2007- 2016).

Nas instituições religiosas, é adotado um modelo de articulação e de compensação financeira, que não é racional. Assim é possível referir, que o modelo de gestão e financiamento não funciona e impulsiona o disfuncionamento do sistema, não cumprindo os objetivos propostos (Ministério da Saúde, 2007- 2016).

3-Família

A partir do momento em que nasce uma pessoa, esta passa a fazer parte de uma pequena comunidade, a família, que tem como principal objetivo a satisfação das necessidades básicas, ajudando-o a adquirir autonomia e responsabilidade e educando-o para uma consciência cívica e moral.

A família é um *“espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas de interação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais”* (Alarcão, 2000 citado por Miranda, 2008, p.193).

Sendo também o *“espaço da vivência de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade”* numa *“trama de emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família”* no entanto também é um *“grupo institucionalizado, relativamente estável, e que constitui uma importante base da vida social”* (Alarcão, 2000 citado por Miranda, 2008, p.193).

Entende-se por família um *“conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”* (Sampaio & Gameiro, 1985 citado por Miranda, 2008, p.194).

Realidade que vai de encontro a teoria de Bronfenbrenner que tem como objetivo explicar o desenvolvimento humano segundo o contexto em que o indivíduo em estudo se encontra, tendo em atenção quatro níveis dinâmicos inter-relacionados, a pessoa, o processo, o contexto e o tempo. Defendendo que o sujeito é dinâmico e molda-se de acordo com o meio, a interação entre o sujeito e o mundo é recíproca e o ambiente de inserção do sujeito engloba alterações sociais e institucionais (Portugal, 1992).

No que diz respeito ao desenvolvimento humano é possível constatar que é um conjunto de processos, onde as particularidades da pessoa e do ambiente interagem conduzindo a uma mudança das características de cada pessoa e do percurso de vida. Os

processos são psicológicos e biológicos e tornam-se importantes no desenvolvimento do indivíduo e na respetiva forma de se inserir nos diversos contextos (microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema) (Portugal, 1992).

O microssistema é o ambiente onde a pessoa em desenvolvimento estabelece relações face-a-face estáveis e significativas. O primeiro e mais importante microssistema é normalmente o ambiente familiar devido ao tipo de relações estabelecidas. Estas relações têm por obrigação ser permutas, afetuosas com o equilíbrio de poder (Portugal, 1992).

O mesossistema é um conjunto de microssistemas com diferentes ambientes, que se adquirem após um grau de desenvolvimento superior ao tinha no primeiro microssistema. O indivíduo tem papéis diferentes em cada um dos ambientes, podendo ser alterados e adaptados devido às mudanças que ocorreram no meio, sofrendo uma transição ecológica (Portugal, 1992).

O exossistema é a extensão do mesossistema que inclui outras estruturas sociais específicas, que embora não contenham diretamente o indivíduo em desenvolvimento mas conectam diretamente com os ambientes onde este se encontra. Compreende aquelas estruturas sociais formais e informais (Portugal, 1992).

Por fim o macrossistema que é o conjunto de padrões culturais, institucionais como o sistema económico, social, legal ou político dos quais o microssistema, mesossistema e exossistema são manifestações concretas. Este inclui valores culturais, as crenças e as situações, e acontecimentos históricos que definem a comunidade na qual vive e que pode afetar os outros três sistemas ecológicos (Portugal, 1992).

A família também tem funções a desempenhar, que se podem enquadrar em seis pontos importantes. A geração de afetos, que se inicia de pais para filhos e depois para a restante família; a segurança e a aceitação, de cada elemento, de forma a contribuir para o desenvolvimento da sua identidade e autonomia; a satisfação e utilidade de cada elemento, na execução de ações que contribuam para o sentimento de realização; assegurar o seguimento das relações, promovendo relações de amizade, de partilha, de afeto e de bem-estar; proporcionar a estabilidade e o contacto social, ao transmitir conhecimentos e experiências de vida, preparando alguns elementos para assumir determinados papéis na sociedade; por fim estabelecer uma certa autoridade e mostrar o

que está certo ou errado, é claro que de acordo com as regras, os valores, os costumes e as responsabilidades familiares tendo consonância com os padrões da sociedade atual.

Ainda é importante referir, que a família deve apoiar e ajudar o indivíduo que sofre de uma doença ou de uma incapacidade (Miranda, 2008). Assim sendo, a família é um sistema social, onde o indivíduo é cuidado e acarinhado, para que tenha um crescimento adequado, tanto físico como mental bem-sucedido.

No entanto por razões adversas, isto nem sempre acontece, pois quando algum elemento da família possui uma patologia, a família envolve-se, prestando ajuda sempre que necessário e modificando algumas atitudes na forma de se relacionar. Assim a patologia, passa a afetar o grupo familiar, bem como a dinâmica das atividades diárias realizadas no interior e exterior da habitação (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

As famílias que têm um elemento, que sofre de uma perturbação aprendem a conviver com a perturbação, bem como novas atitudes que a pessoa portadora desenvolve, chegando a limitar a participação em eventos sociais, devido ao preconceito que existe na sociedade.

É possível evidenciar que existe uma maior tensão familiar, isolamento, restrição de visitas, diminuição de saídas, contribuído assim para o desligamento do indivíduo com a comunidade (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

3.1. Famílias dos Doentes Mentais

As famílias de doentes mentais precisam de aconselhamento, pois grande parte dos pacientes, não tem capacidade para lidar com atividades diárias e por conseguinte com as tensões diárias, precisando de orientação nas diversas áreas que compõem a vida (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Torna-se uma tarefa difícil, cuidar de um familiar doente em casa, geralmente as famílias aprendem a lidar com a doença pela experiência e erro, arrastando-se por um longo período de tempo, até conseguirem dar resposta e ajudar a estabilizar o seu familiar (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

A forma de o estabilizar, passa por encorajar o doente, a evitar tensões excessivas, a apresentar expectativas reais, a estabelecer limites, a compreender o problema do doente como um todo, a aprender a reagir aos sintomas apresentados e a encorajar na toma da medicação (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

As famílias consolidam informação e conhecimento, neste contexto com um grande custo emocional, que poderia ser minimizado, até evitado, se tivessem sido corretamente auxiliadas pelos profissionais experientes e competentes desta área (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

A família é um fator importante, para o tratamento e reabilitação do indivíduo que sofre de uma patologia, assim deveria merecer maior atenção por parte de todos os envolventes (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

A primeira referência sobre o sofrimento dos familiares que prestam cuidados surgiu em 1946 com Treudley, que introduziu o conceito de sobrecarga do cuidador. Esta refere-se às consequências negativas que resultam da permanência do doente mental no seio familiar (Alves & Martins, 2009).

Esta sobrecarga apresenta duas dimensões diferentes, sendo elas a dimensão objectiva, que se traduz em consequências negativas reais, como a perda de recursos

financeiros, a alteração significativa no contexto social e laboral do familiar, a dificuldade na execução de rotinas de vida diária, a permanência de acontecimentos problemáticos e de situações indesejadas (Alves & Martins, 2009).

Já a subcarga subjetiva, refere-se à perceção e avaliação, que o familiar/cuidador realiza sobre a situação que o rodeia, envolvendo também o facto de estar a sofrer uma sobrecarga, que é atribuída à presença do doente mental no seio familiar, pairando sentimentos negativos, angústias e preocupações (Alves & Martins, 2009).

Estas duas dimensões podem acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que afetam o bem-estar e a qualidade de vida do doente e do cuidador/familiar (Alves & Martins, 2009).



4. Enquadramento da problemática em estudo

As novas medidas de saúde, como a criação do programa saúde da família, a redução dos períodos de internamento, os cuidados que são prestados ao domicílio, os tratamentos em unidades ambulatoriais, a existência de uma rede social, que presta apoio aos portadores de doenças de longa duração, estimulam a inclusão da família no ato de cuidar (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Antes do movimento reformista, a única responsabilidade da família era identificar o problema, encaminhar a situação, fornecer todos os dados importantes relativos à história da doença e fazer visitas, sendo a sua relação mediada pelos profissionais, que prestam assistência ao doente mental.

Como as condições em que ocorriam os tratamentos não eram as mais indicadas, pois o doente mental deixava de ter contacto com os familiares e a sociedade, perdendo vínculos importantes.

Não se pode desvincular o indivíduo do meio que o envolve, sendo que a família, é entendida como um grupo que previne, tolera e corrige problemas de saúde e pode ser considerada uma forte aliada na reabilitação do indivíduo (Navaniri & Hirdes, 2008).

O processo de desinstitucionalização vem neste sentido criar os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os centros de atenção psicossocial (CAPS), o hospital dia, o programa de residência terapêutica, os leitos psiquiátricos no hospital geral e os serviços comunitários que integram ações destinadas aos familiares e ao envolvimento destes em projetos de inserção social. Respeitando as possibilidades de cada um e os princípios de cidadania, que minimizem o estigma e proporcionem uma melhor qualidade de vida daqueles que sofrem de uma doença mental.

O contexto familiar contribui em grande parte para o cuidado e socialização do indivíduo, sendo assim pertinente, aprofundar os conhecimentos no universo familiar para o bem de todos os que a compõem, reagem e lidam com a doença.

“A família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e socialização dos indivíduos, independente das múltiplas formas e contornos que ela

assuma, é nela que se inicia o aprendizado dos afetos e das relações sociais” (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008, p.589). A família é formada por um conjunto de valores, de crenças, de ações que contribuem para a promoção da saúde, de prevenção e de tratamento da doença. Ao envolver a família no tratamento, está-se a proporcionar, uma maior interação e empatia entre eles.

Assim é importante, o estudo das famílias dos doentes que sofrem de uma perturbação mental, uma vez que as famílias estão perante uma doença grave e um difícil processo de adaptação. Todo o processo, bem como as crenças, as causas, as origens e as representações que a própria doença acarreta, influenciam a forma como o familiar se relaciona e se comporta (Silva, 2004).

4.1. Contexto

Sabendo das singularidades da temática em estudo é importante, definir o contexto sobre o qual se estende este estudo. Assim, apesar de este ter sido desenvolvido com diversos intervenientes, todos eles têm em comum o facto de conviver com a realidade da exclusão social, com o indivíduo e com a doença mental. Assim resumimos algumas conceções, que servem de suporte à elaboração do nosso estudo:

- **Doença Mental-** Caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social, resultando de fatores biológicos, psicológicos e sociais Organização Mundial de Saúde (2001, citado por Fazenda, 2008, p.18).
- **Família-** É um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, percorrido através de estádios de evolução diversificados. Sampaio & Gameiro (1985, citado por Miranda, 2008, p.194).
- **Sociedade-** Representa uma organização, com objetivos que são formulados em leis, preceitos, regras e que servem o bem da coletividade (Sousa, 2008).
- **Exclusão Social-** É o acesso a um conjunto de sistemas sociais básicos, que se apresentam em cinco domínios o social, o económico, o institucional, o territorial e das referências simbólicas Costa (1998, citado por Castel, 1990).

4.2. Objetivos do estudo

As pessoas que sofrem de uma doença mental deparam-se, com muitas dificuldades. Para além de padecer de uma perturbação mental, ainda podem ser rotuladas, acabando por sofrer um conjunto de reações negativas que afetam o seu bem-estar, a sua adaptação e por sua vez a sua participação na sociedade, originando o estigma que afeta não só a pessoa, como a família e a população em geral. A estigmatização faz aumentar, o sofrimento pessoal e a exclusão social, podendo impedir a acessibilidade à habitação e emprego, e até mesmo impedir a pessoa de pedir ajuda devido ao medo (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009).

Nos últimos tempos, tem-se assistido a uma mudança de paradigma, em que a família deixa de ser entendida como o fator, que causa a doença mental e passa a ser um pilar fundamental para o suporte social do doente, assim como uma base imprescindível para sua recuperação, reabilitação e reinserção na sociedade (Silva, 2004).

No entanto com as alterações sofridas, ao longo dos tempos, nos conceitos de doença mental, integração do doente mental na comunidade e importância da família, levam a que o processo de inclusão/exclusão social se tenha igualmente modificado. Nesse sentido, os objetivos desta dissertação são:

- Avaliar o perfil sociodemográfico do familiar do doente mental;
- Estudar as características sociodemográficas e clínicas do doente mental;
- Analisar a percepção que, os familiares dos doentes mentais têm da doença mental, das instituições psiquiátricas, da sua família, de si próprio, da sociedade, do estigma da doença mental, da exclusão social do doente mental e do exercício de cidadania (especificamente, que qualidade e força lhe são atribuídas);

4.3. População

4.3.1. Seleção da amostra

O estudo incide sobre a percepção que os familiares, que possuem um dos membros da família com diagnóstico de doença mental têm acerca da exclusão social, nestas situações. Considera-se que as informações pertinentes para esta investigação, seriam projetadas com grande rigor, por inquérito por questionário (Anexo I).

Assim a amostra é constituída por 50 familiares, de indivíduos adultos com diagnóstico psiquiátrico que frequentem o Centro Hospitalar do Nordeste. A amostra é representativa pois o número de participantes atende ao número de itens que foram usados na escala de diferencial semântico.

4.4. Procedimentos

4.4.1. Tipo de Estudo

Para a definição do tipo de desenho, pressupõe-se um conjunto de decisões importantes, relacionadas com tipo de perguntas, amostra e variáveis a serem estudadas. O desenho de uma investigação é utilizado com a intenção de diminuir erros que possam manipular a opinião daquele que investiga, pois cada tipo de desenho apresenta uma maior ou menor propensão para o erro (Luna, 1998; Costa, 1998).

Assim trata-se de um estudo observacional descritivo, uma vez que se pretende caracterizar e descrever uma determinada situação e ao mesmo tempo transversal, porque fornece, uma informação limitada no tempo, situação pontual, sendo que as medidas ou coletas dos dados são realizadas uma única vez e no mesmo intervalo de tempo (Luna, 1998).

4.4.2. Procedimentos de recolha de dados e procedimentos éticos e deontológicos

Para iniciar a investigação, procedeu-se ao pedido de autorização para a recolha de dados à comissão ética do Centro Hospitalar do Nordeste. Este pedido foi realizado pela discente e pelo seu orientador de dissertação, acompanhados por um projeto de dissertação e por respetivas declarações (Anexo II).

O instrumento para a recolha de dados, usado foi a escala de diferencial semântico de Osgood, Suci e Tannenbaun (1957) com tradução efetuada por Silva (2004), sendo criadas mais um conjunto de questões sociodemográficas e um conjunto de conceitos/descriptores. Este foi aplicado no Centro Hospitalar do Nordeste no departamento de psiquiatria, durante os meses de Outubro, Dezembro e Janeiro, tendo a duração média de trinta minutos.

Também foram esclarecidos os objetivos da investigação científica, aos familiares dos doentes que sofrem de uma perturbação mental e informada a confidencialidade e anonimato dos dados.

4.5. Instrumento de recolha de dados

Para a operacionalização deste estudo, utilizou-se uma escala de diferencial semântico que se apresenta como uma coleção de adjetivos, cujas respostas são classificadas e combinadas para produzirem uma nota. Dito de outro modo, um grupo grande de questões ou itens que é criado para avaliar a mesma dimensão, atributo, traço e fator. Sendo suposto terem uma correlação elevada entre si, devendo ser somadas para fornecer uma nota dessa dimensão, atributo, traço e fator. (Ribeiro, 1999).

O instrumento de recolha de dados a utilizar é a escala de diferencial semântico, que permite avaliar de que forma os familiares dos doentes que sofrem de uma perturbação mental se situam face a conceitos, que remetem para si próprios, para a doença mental e no processo de exclusão do doente por parte da sociedade.

4.5.1-Escala de Diferencial Semântico

A escala de diferencial semântico foi criada por Osgood, Suci e Tannenbaun em 1957, ao perceberem que existia a necessidade de avaliar a realidade, as qualidades de um conceito e a forma de quantificar o significado afetivo de determinadas posturas, opiniões, percepções, imagem social, personalidade e interesses de cada pessoa. Sendo frequentemente utilizada para avaliar a percepção das pessoas, sobre determinados acontecimentos que podem assumir cariz de objetivos ou subjetivos no seu dia-a-dia (Lopes, Martins, Andrade & Barros, 2011).

Para a construção, desta escala é necessário, seguir os seguintes passos, tornando-se importantes e essenciais para a sua aplicabilidade. Assim sendo, deve-se definir os conceitos a serem estudados; proceder a exposição através de adjetivos, das propriedades do conceito estudado; realizar uma avaliação, de um conceito em específico, dentro de um conjunto de escalas semânticas.

A apresentação do conceito pode ser realizada por meio de uma palavra, frase ou imagem, possuindo significado psicológico diferente de pessoa para pessoa (Lopes, Martins, Andrade & Barros, 2011).

A escolha dos conceitos/descriptores, para serem avaliados através da escala de diferencial semântico, foi realizada com base nas principais teorias (doença mental, sociedade, estigma da doença mental, exclusão social e exercício de cidadania) que regem o presente estudo. Alguns conceitos (eu, a minha família e instituições psiquiátricas) foram adaptados do estudo de Silva (2004), um vez que os resultados foram obtidos em contextos semelhantes.

A demora na aprovação da recolha de dados causou alguns constrangimentos metodológicos, conduzindo a uma das principais limitações do estudo, que foi não ter realizado um estudo piloto, relativamente aos conceitos a avaliar.

O conceito que é estudado e avaliado, aparece na parte superior da folha e posteriormente são colocadas as escalas para serem classificadas pelas pessoas selecionadas, para o estudo, como é possível verificar no exemplo seguinte (Silva, 2004).

Cada intervalo de pontos representa uma determinada grandeza, que pode ser expressa ou implícita ou até mesmo explícita por quantificadores que expressam o grau da resposta, sendo o centro o elemento de origem ou de neutralidade. A conotação dos intervalos pode ser representada da seguinte forma: -3,-2,-1,0,+1, +2, +3 ou 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

De acordo com o problema que se pretende investigar, são escolhidos os adjetivos mais apropriados, o que nos permite evidenciar que não existem padrões fixos. É aconselhável não reservar, nenhum lado da escala em exclusivo para os aspetos negativos ou positivos dos respetivos pares, porque permite que a pessoa que está a preencher assinale apenas um lado. Esta escala tem sido utilizada, principalmente pelas áreas sociais e humanas, começado a dar os primeiros passos na área de saúde à relativamente pouco tempo (Brandalise, 2005).

Foram analisados 76 pares de adjetivos, que fazem parte de três fatores que se designam como fatores avaliativos (evaluative), fatores de potência (potency) e fatores de atividade (activity). O fator avaliativo identifica a qualidade do conceito, o fator potência reconhece a força, o peso, ou a potência do conceito, já relativamente ao fator atividade este identifica a ideia de ação, movimento ou respetiva atividade (Silva, 2004).

No entanto alguns estudos têm demonstrado que a consistência dos três fatores não é exatamente igual, sendo o fator de atividade o que menor consistência tem evidenciado. Assim sendo optou-se por, analisar apenas os fatores avaliativos e os fatores de potência (Silva, 2004).

A cotação da escala corresponde à cotação de Osgood, sendo que a primeira escala é cotada de forma, descendente (7 para 1) a segunda de forma crescente (1 para 7), a terceira descendente (7 para 1) a quarta de forma crescente (1 para 7) a quinta de forma decrescente, a sexta de forma crescente, sétima de forma descendente, oitava e nona crescente e por fim a décima, décima primeira e décima segunda de forma descendente.

5. Metodologia de tratamento de dados

O tratamento de dados é efetuado através da utilização do programa informático, Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 20.0). Procedeu-se à análise descritiva da amostra, recorrendo a tabelas de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e médias e desvio padrão (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

Para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os fatores de percepção (da doença, de si e da exclusão social), entre o género masculino e feminino dos familiares perspetivou-se a utilização do *student*¹ para duas amostras independentes. No entanto na maior parte dos casos, não foi possível a realização deste teste devido à violação do pressuposto da normalidade populacional, o que conduziu à adoção da alternativa não paramétrica do teste de *Mann-Whitney*².

Para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis de caracterização dos familiares (escalão etário, ocupação profissional e habilitações literárias) perspetivou-se a utilização do teste *One-way ANOVA*³. Na maior parte dos casos, e devido à violação do pressuposto da normalidade populacional, adotou-se a alternativa não paramétrica do teste *Kruskal-Wallis*⁴.

Para averiguar a relação de interdependência entre os fatores avaliativos e entre os fatores de dependência, analisaram-se os coeficientes de correlação de *Pearson* e os respetivos níveis de significância estatística⁵ (Anexo III).

² $H_0: \mu_1 = \mu_2$ (A média de uma dada variável é igual nos dois grupos de sujeitos); $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$ (A média de uma dada variável é diferente nos dois grupos de sujeitos)

² $H_0: \theta_1 = \theta_2$ (As duas amostras são provenientes de uma população com a mesma distribuição); $H_1: \theta_1 \neq \theta_2$ (As duas são provenientes de populações com distribuições distintas)

² $H_0: \mu_i = \mu_j$; $H_1: \mu_i \neq \mu_j$

² $H_0: \theta_i = \theta_j$ H_0 : As distribuições dos grupos são iguais em tendência central) ; $H_1: \theta_i \neq \theta_j$ (Existe pelo menos um grupo que difere em tendência central)

² $H_0: \rho = 0$ (A correlação populacional é nula)

$H_1: \rho \neq 0$ (A correlação populacional é diferente de zero)

5.1. Operacionalização das variáveis de investigação

Tendo em mente o tratamento estatístico a efetuar houve, a necessidade de proceder à operacionalização de algumas variáveis, tais como:

- Variáveis sociodemográficas (familiares) - género, idade, profissão, grau de parentesco, situação de pertença a grupo de famílias.
- Variáveis sociodemográficas e clínicas (doentes) – género, idade, duração da doença, duração da toma de medicação, número de internamentos.
- Variáveis de resultados – perceção da doença mental, perceção de instituições psiquiátricas, perceção da minha família, perceção de si, perceção da sociedade, perceção do estigma da doença mental, perceção de exclusão social do doente mental, perceção do exercício de cidadania do doente.

6. Apresentação e análise dos dados

No presente ponto são apresentados, os dados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados, assim como os resultados da análise estatística já definidos e referidos anteriormente.

Em primeiro lugar, analisaram-se os dados recolhidos através do questionário sociodemográfico do familiar, com o objetivo de conhecer as características da pessoa que presta cuidados ao doente.

Depois foram analisados os dados recolhidos através do questionário sociodemográfico e clínico do doente mental com a finalidade de perceber quais são as características do doente.

Seguidamente, procedeu-se à descrição da perceção do familiar em relação aos conceitos: doença mental, instituições psiquiátricas, a minha família, eu, a sociedade, o estigma da doença mental, a exclusão social do doente mental e o exercício de cidadania.

Por fim analisou-se a relação de interdependência entre os fatores avaliativos e os fatores de potência e as diferenças estatisticamente significativas entre os fatores das perceções da doença, de si e da exclusão social e as variáveis do familiar género, escalão etário, ocupação profissional e escolaridade.

6.1.Objetivo 1- Avaliar o perfil sociodemográfico do familiar do doente mental

Relativamente às características sociodemográficas do familiar do doente mental é possível referir que se encontram expostas na tabela 1. Nela podem-se observar o género, a idade, as habilitações literárias, o grau de parentesco e a profissão do familiar.

Tabela 1- Características sociodemográficas do familiar

	N	%
Género (n=50)		
Masculino	20	40%
Feminino	30	60%
Idade (n=50)		
<=20	1	2%
21-30	10	20%
31-40	11	22%
41-50	8	16%
51-60	7	14%
61-70	8	16%
>=71	5	10%
X= 45,74 (\pm 16,93 anos) min:18 anos; máx. 78anos; Mo= 27 anos; Me= 44anos		
Habilitações Literárias (n=50)		
1ºCiclo	17	34%
2º Ciclo	4	8%
3º Ciclo	7	14%
Ensino Secundário	10	20%
Ensino Superior	12	24%
Parentesco (n=50)		
Filho	4	8%
Filha	10	20%
Marido	10	20%
Esposa	2	4%
Irmão	3	6%
Irmã	9	18%
Pai	3	6%
Mãe	2	4%
Sobrinho	1	2%
Sobrinha	3	6%
Neto	1	2%
Neta	1	2%
Nora	1	2%
Profissão do familiar (n=50)		
2ºSector	21	42%
3ºSector	6	12%
Estudante	4	8%
Desempregado	8	16%
Reformado	11	22%

6.2. Objetivo 2- *Estudar as características sociodemográficas e clínicas do doente mental*

Relativamente às características sociodemográficas e clínicas do doente mental é possível referir, que se encontram expostas na tabela 3. Podendo analisar o género, o grupo etário, as habilitações literárias, a profissão, o tempo de diagnóstico da doença, o tempo de toma de medicação e o número de internamentos.

Tabela 2-Características Sociodemográficas e clínicas do doente mental

	N	%
Género (n=50)		
Masculino	20	40%
Feminino	30	60%
Idade (n=50)		
<=20	0	0%
21-30	6	12%
31-40	5	10%
41-50	7	14%
51-60	14	21%
61-70	8	16%
>=71	10	20%
X= 55,12(±16,99 anos) min:24anos; máx. 89anos; Mo= 27 anos; Me= 55anos		
Habilitações Literárias (n=50)		
Sem Escolaridade	9	18%
1ºCiclo	21	42%
2º Ciclo	7	14%
3º Ciclo	7	14%
Ensino Secundário	2	4%
Ensino Superior	4	8%
Profissão do doente (n=50)		
1ºSector	1	2%
2ºSector	5	10%
3ºSector	3	6%
Estudante	1	2%
Desempregado	9	18%
Reformado	12	24%
Sem Profissão	19	38%
Tempo de diagnóstico da doença mental (n=50)		
<= 2	13	26%
3-6	12	24%
7-10	10	20%
11-14	0	0%
15-18	7	14%
>=20	8	16%
Tempo de toma de medicação (n=50)		
<= 2	13	26%
3-6	12	24%
7-10	10	20%
11-14	0	0%
15-18	7	14%
>=20	8	16%
Internamento (n=50)		
Sim	26	52%
Não	24	48%
O número de vezes que foi internado (n=50)		
1 Vez	8	30,8%
2 Vezes	9	34,6%
3 Vezes	5	19,2%
4Vezes	3	11,5%
5Vezes	1	3,8%

6.3. Objetivo 3- *Analisar a percepção que os familiares dos doentes mentais têm da doença mental, de si próprios, da exclusão social (especificamente que qualidade e força são atribuídas).*

O instrumento utilizado para analisar este terceiro objetivo foi a escala de diferencial semântico que pretende, medir com objetividade as propriedades semânticas das palavras e conceitos. Para este fim adotou-se uma escala que contém fatores avaliativos e fatores de potência, sendo os fatores avaliativos aqueles que identificam uma qualidade boa ou má do conceito e os fatores de potência que identificam a força ou peso do conceito.

Dos fatores avaliativos, fazem parte os adjetivos Bom-Mau; Doloroso-Agradável; Bonito-Feio; Nada Importante-Importantíssimo; Positivo- Negativo. Sendo que dos fatores de potência, fazem parte os adjetivos Feminilidade- Masculinidade; Sério-Engraçado; Leve-Pesado; Mole-Duro; Forte-Fraco; Ativo-Passivo; Rápido-Lento.

Os conceitos em análise foram: Doença Mental; Instituições Psiquiátricas; A Minha família; Eu; A Sociedade; O Estigma da Doença Mental; Exclusão Social do Doente Mental e o Exercício de Cidadania do doente, que se agruparam em três percepções, percepção da doença mental, percepção de si e percepção da exclusão social.

A amplitude usada no presente estudo foi de sete posições, sendo as escalas codificadas numericamente de forma crescente ou de forma decrescente, para o padrão de resposta, não se mante-se.

Assim sendo, ao analisar a pontuação total, verifica-se que existe um valor médio mais elevado, nos fatores ‘Eu’ (M= 57,24 e DP= 8,59), ‘Sociedade’ (M= 53,88 e DP=11,66) e ‘Minha Família’ (M=53,04 e DP= 14,31). No pólo oposto temos os fatores ‘Exercício de Cidadania do Doente’ (M= 47,63 e DP= 18,22) e ‘Doença Mental’ (M= 48,48 e DP= 7,93).

No que concerne, aos fatores avaliativos, verifica-se uma pontuação mais elevada no fator ‘Instituições Psiquiátricas’ (M=25,64 e DP= 11,89) e uma pontuação muito inferior no fator ‘Doença Mental’ (M=11,0 e DP= 0,00).

Por fim, em termos de fatores de potência, a maior pontuação encontra-se no fator ‘Doença Mental’ (M=37,48 e DP=7,93) e a menor pontuação no fator ‘Exercício de Cidadania do Doente’ (M= 26,35 e DP= 10,97).

Tabela 3-Médias e Desvios Padrão nos Fatores

	Total		Avaliativo		Potência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Doença Mental	48,48	7,93	11,00	0,00	37,48	7,93
Instituições Psiquiátricas	52,20	13,67	25,64	11,89	26,56	4,66
Minha Família	53,04	14,31	21,92	12,22	31,12	6,91
Eu	57,24	8,59	23,00	6,53	34,24	6,66
Sociedade	53,88	11,66	22,64	9,19	31,24	7,76
Estigma da Doença Mental	51,00	11,06	19,40	11,37	31,60	12,55
Exclusão Social do Doente Mental	52,29	5,34	20,31	11,82	31,98	14,61
Exercício de Cidadania do Doente	47,63	18,22	21,29	12,00	26,35	10,97

À exceção do fator ‘Instituições Psiquiátricas’, verifica-se que existe uma relação de interdependência entre os fatores avaliativos, apresentando coeficientes de correlação positivos e estatisticamente significativos. À medida que um fator aumenta os restantes seguem a mesma tendência.

Tabela 4-Matriz de correlações: Fatores Avaliativos 6

		Instituições Psiquiátricas	Minha Família	Eu	Sociedade	Estigma da Doença Mental	Exclusão Social do Doente Mental	Exercício de Cidadania do Doente
Instituições Psiquiátricas	Correlação de <i>Pearson</i> Sig.							
Minha Família	Correlação de <i>Pearson</i> Sig.	-0,031 0,833						
Eu	Correlação de <i>Pearson</i> Sig.	-0,038 0,794	0,635** 0,000					
Sociedade	Correlação de <i>Pearson</i> Sig.	-0,193 0,179	0,284* 0,045	0,466** 0,001				
Estigma da Doença Mental	Correlação de <i>Pearson</i> Sig.	-0,059 0,686	0,299* 0,035	0,386** 0,006	0,543** 0,000			
Exclusão Social do Doente Mental	Correlação de <i>Pearson</i> Sig.	0,101 0,491	0,160 0,272	0,326* 0,022	0,500** 0,000	0,776** 0,000		
Exercício de Cidadania do Doente	Correlação de <i>Pearson</i> Sig.	-0,196 0,176	0,347* 0,015	0,284* 0,048	0,581** 0,000	0,371** 0,009	0,411** 0,003	

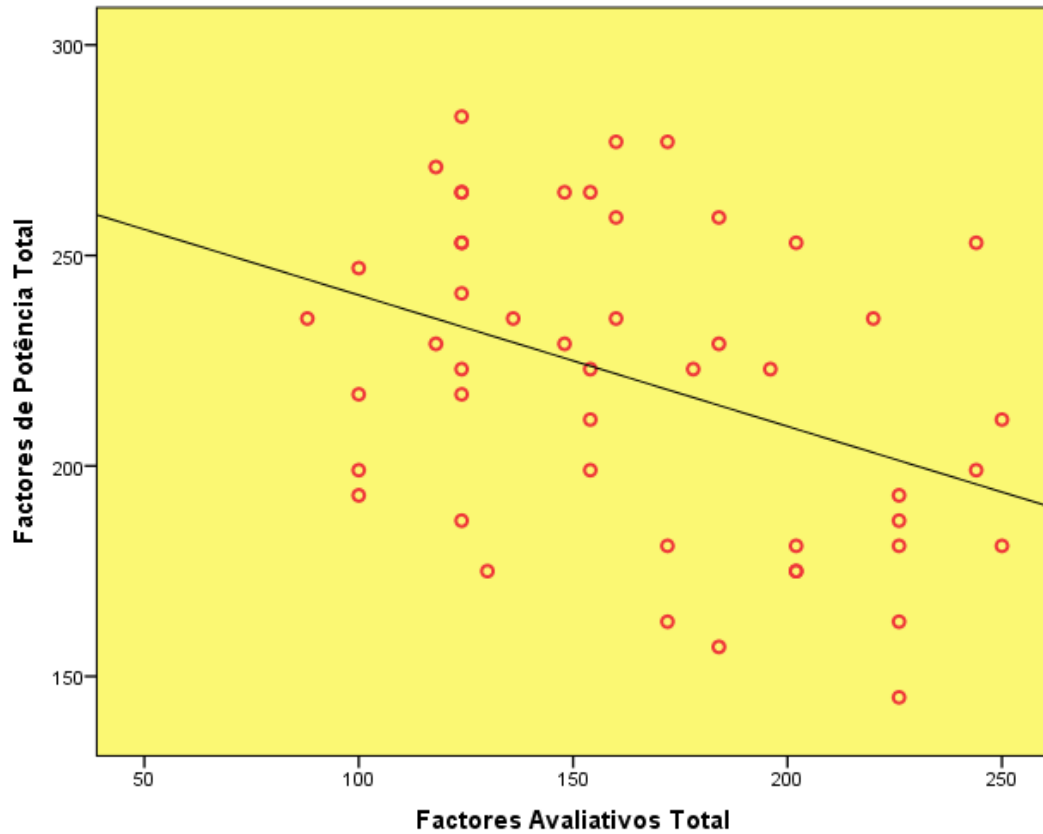
Doença mental: Percepção da família

Na ótica dos fatores de potência, o fator ‘Doença Mental’ não apresenta nenhuma correlação relevante do ponto de vista estatístico. Da matriz de correlações ressalta a correlação positiva entre o fator ‘Estigma da Doença Mental’ e os fatores ‘Exclusão Social do Doente Mental’, ‘Instituições Psiquiátricas’ e ‘Exercício de Cidadania do Doente’.

Tabela 5-Matriz de correlações: Fatores de Potência

		Doença Mental	Instituições Psiquiátricas	Minha Família	Eu	Sociedade	Estigma da Doença Mental	Exclusão Social do Doente Mental	Exercício de Cidadania do Doente
Doença Mental	Correlação de Pearson Sig.								
Instituições Psiquiátricas	Correlação de Pearson Sig.	0,059 0,685							
Minha Família	Correlação de Pearson Sig.	0,254 0,076	0,336* 0,017						
Eu	Correlação de Pearson Sig.	0,192 0,181	0,354* 0,012	0,263 0,065					
Sociedade	Correlação de Pearson Sig.	0,129 0,370	0,172 0,232	0,424** 0,002	0,198 0,168				
Estigma da Doença Mental	Correlação de Pearson Sig.	0,019 0,895	0,523** 0,000	0,245 0,087	0,293* 0,039	0,451** 0,001			
Exclusão Social do Doente Mental	Correlação de Pearson Sig.	-0,151 0,300	0,266 0,065	0,058 0,690	-0,074 0,611	0,201 0,166	0,653** 0,000		
Exercício de Cidadania do Doente	Correlação de Pearson Sig.	-0,074 0,612	0,386** 0,006	0,117 0,422	0,173 0,234	0,240 0,096	0,360* 0,011	0,099 0,498	

Figura 1-Diagrama de Dispersão: Fatores avaliativos versus Fatores de potência



Coeficiente de Correlação de *Pearson*: -0,393 ($p < 0.01$. 0,005)

Existe uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre todos os fatores avaliativos e os fatores de potência. Segundo o diagrama de dispersão, à medida que o fator avaliativo aumenta o fator potência decresce.

Doença mental: Percepção da família

No que respeita à percepção da doença que inclui dois conceitos: de doença mental e de instituições psiquiátricas no fator avaliativo, o género feminino apresenta uma média superior (M=39,40).

Tabela 6-Percepção da doença (avaliativo) consoante a caracterização dos familiares

	Média	Desvio-Padrão	Teste utilizado	p
Género				
Feminino	39,40	10,73	<i>Mann-Whitney</i>	<u>0,051</u>
Masculino	32,50	12,60		
Escalões etários				
<20 anos	46,00		<i>Kruskall-Wallis</i>	0,643
21-30 anos	38,80	11,59		
31-40 anos	34,55	13,27		
41-50 anos	36,25	11,97		
51-60 anos	39,14	11,71		
61-70 anos	31,00	12,42		
>71 anos	41,20	10,73		
Ocupação profissional				
2º sector	36,57	11,78	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,501
3º sector	33,00	14,41		
Estudante	46,00	0		
Desempregado	37,00	12,42		
Reformado	35,09	12,53		
Escolaridade				
1º ciclo	35,76	11,96	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,963
2º ciclo	40,00	12,00		
3º ciclo	35,71	12,83		
Ensino Secundário	36,40	12,39		
Ensino Superior	37,50	12,65		

Doença mental: Perceção da família

Existem diferenças estatisticamente significativas na perceção da doença no fator potência segundo género, sendo que no género feminino se regista uma maior pontuação (66,20).

Tabela 7-Perceção da doença (potência) consoante caracterização dos familiares

	Média	Desvio-Padrão	Teste utilizado	p
Género				
Feminino	66,20	10,73	<i>Mann-Whitney</i>	0,037
Masculino	31,15	4,64		
Escalões etários				
<20 anos	68,00		<i>Kruskall-Wallis</i>	0,960
21-30 anos	62,60	9,98		
31-40 anos	63,64	9,33		
41-50 anos	64,25	11,97		
51-60 anos	65,43	12,42		
61-70 anos	62,00	7,17		
>71 anos	68,00	12,72		
Ocupação profissional				
2º sector	63,14	8,82	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,711
3º sector	63,00	11,64		
Estudante	60,50	9,00		
Desempregado	68,00	9,62		
Reformado	64,73	10,17		
Escolaridade				
1º ciclo	63,76	10,12	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,611
2º ciclo	69,50	10,25		
3º ciclo	60,29	5,71		
Ensino Secundário	65,60	9,88		
Ensino Superior	63,50	9,95		

Tabela 8-Perceção de si (avaliativo) consoante a caracterização dos familiares

	Média	Desvio-Padrão	Teste utilizado	p
Género				
Feminino	21,60	8,76	<i>Mann-Whitney</i>	0,313
Masculino	23,75	8,31		
Escalões etários				
<20 anos	32,00		<i>Kruskall-Wallis</i>	0,510
21-30 anos	22,40	9,36		
31-40 anos	19,18	8,17		
41-50 anos	22,25	8,45		
51-60 anos	20,86	8,07		
61-70 anos	26,00	8,49		
>71 anos	24,80	9,86		
Ocupação profissional				
2º sector	20,43	8,45	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,305
3º sector	19,50	9,75		
Estudante	26,00	8,49		
Desempregado	24,13	6,98		
Reformado	25,45	9,08		
Escolaridade				
1º ciclo	26,00	8,49	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,128
2º ciclo	17,00	3,46		
3º ciclo	20,86	8,61		
Ensino Secundário	18,20	7,10		
Ensino Superior	23,75	9,32		

No que respeita à percepção de si no fator potência, existe uma diferença muito próxima de ser estatisticamente significativa, que indicaria que existe uma pontuação significativamente superior no género feminino (M=33,70).

Tabela 9-percepção de si (potência) consoante a caracterização dos familiares

	Média	Desvio-Padrão	Teste utilizado	p
Género				
Feminino	33,70	5,70	<i>Mann-Whitney</i>	<u>0,060</u>
Masculino	31,15	4,64		
Escalões etários				
<20 anos	28,00		<i>Kruskall-Wallis</i>	0,882
21-30 anos	33,70	6,85		
31-40 anos	33,45	3,50		
41-50 anos	30,25	7,65		
51-60 anos	32,71	5,71		
61-70 anos	33,25	3,49		
>71 anos	32,80	5,02		
Ocupação profissional				
2º sector	31,57	5,82	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,477
3º sector	35,50	5,28		
Estudante	33,25	3,77		
Desempregado	31,75	7,13		
Reformado	33,73	3,41		
Escolaridade				
1º ciclo	31,88	5,69	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,663
2º ciclo	33,25	5,68		
3º ciclo	31,43	5,59		
Ensino Secundário	32,50	6,36		
Ensino Superior	34,50	4,21		

Tabela 10-Perceção da exclusão social (avaliativo) consoante a caracterização dos familiares

	Média	Desvio-Padrão	Teste utilizado	p
Género				
Feminino	19,74	7,99	<i>Mann-Whitney</i>	0,365
Masculino	22,25	10,04		
Escalões etários				
<20 anos	29,00	29,00	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,313
21-30 anos	35,00	23,75		
31-40 anos	35,00	18,09		
41-50 anos	27,50	18,07		
51-60 anos	29,00	17,00		
61-70 anos	35,00	22,63		
>71 anos	35,00	25,10		
Ocupação profissional				
2º sector	18,71	7,70	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,469
3º sector	18,50	9,58		
Estudante	20,75	6,98		
Desempregado	24,93	9,52		
Reformado	23,27	10,65		
Escolaridade				
1º ciclo	21,03	9,21	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,834
2º ciclo	21,88	11,96		
3º ciclo	23,43	10,09		
Ensino Secundário	18,20	7,84		
Ensino Superior	20,63	8,47		

Tabela 11-Perceção da exclusão social (potência) consoante a caracterização dos familiares

	Média	Desvio-Padrão	Teste utilizado	p
Género				
Feminino	31,47	9,13	<i>t student duas amostras independentes</i>	0,276
Masculino	28,82	6,72		
Escalões etários				
<20 anos	17,50		<i>Kruskall-Wallis</i>	0,613
21-30 anos	29,20	9,64		
31-40 anos	31,41	7,01		
41-50 anos	31,21	9,22		
51-60 anos	28,21	4,19		
61-70 anos	33,63	9,55		
>71 anos	29,80	9,74		
Ocupação profissional				
2º sector	29,57	8,06	<i>Kruskall-Wallis</i>	0,541
3º sector	30,75	7,61		
Estudante	25,00	12,43		
Desempregado	31,86	4,40		
Reformado	32,77	9,48		
Escolaridade				
1º ciclo	32,69	6,75	<i>One-Way ANOVA</i>	0,501
2º ciclo	33,25	5,27		
3º ciclo	26,71	11,92		
Ensino Secundário	29,50	6,89		
Ensino Superior	29,25	9,50		

7. Discussão

Características da amostra

A amostra é predominantemente constituída por membros do sexo feminino (60%), à semelhança de outros estudos similares (Silva, 2004; Barroso, Bandeira & Nascimento, 2007). Não obstante se verificar este valor, registámos uma alteração positiva face à realidade vigente no que diz respeito aos membros do sexo masculino. A escolha do prestador de cuidados muitas vezes determina-se em função da proximidade parental, física, afetiva e do facto de ser mulher, responsável e com a missão de cuidar da casa e da família.

Na nossa amostra, a idade do familiar apresenta uma média de idade aproximada de 45 anos, mais novos comparativamente a outros estudos (Silva, 2004; Barroso, Bandeira & Nascimento, 2007). Este fator associado a um nível maior de conhecimento e de informação pode influenciar a perceção dos participantes, levando-a a ser mais abrangente e menos preconceituosa face à doença mental e às questões inerentes.

A maioria dos familiares tem habilitações literárias ao nível do 1º ciclo revelando-se na profissão a desempenhar, onde se constatou que a maior parte desempenha funções no 2º sector. Esta situação é idêntica à de outros estudos como Cardoso, Galera, & Vieira (2012); Silva (2004) que permite-nos prever que este familiar passa por dificuldades como faltas ao trabalho, para poder acompanhar e atender as chamadas do doente, podendo comprometer o seu rendimento, uma vez que este ainda se encontra em idade produtiva. Para além das dificuldades psicológicas e emocionais que enfrenta.

Relativamente ao grau de parentesco constatou-se que a filha e o marido obtiveram a mesma percentagem 20%. Destacando-se de seguida a irmã que se apresenta com 18%. Estas percentagens são diferentes de outros estudos como Silva (2004) Barroso, Bandeira & Nascimento (2007), mas podem estar relacionadas com o facto, destes serem os elementos familiares mais próximos e de constante relacionamento.

Doença mental: Perceção da família

O familiar dedica-se ao doente mental, a tempo inteiro (64%), não fazendo parte de nenhum grupo de ajuda (100%), é importante ter em atenção que a família precisa de ser escutada, compreendida e acolhida, pois muitas vezes pedem o internamento do doente, por dificuldades que se apresentam durante a prestação de cuidados.

Estas famílias devem ser apoiadas e orientadas, devem ser inseridas em programas de apoio a familiares de doentes mentais, nos serviços comunitários de saúde mental. Fazer esclarecimentos a cerca das atitudes, sintomas e tratamento da doença e efeitos colaterais. Realizar visitas domiciliárias para que seja conhecida a realidade e para dar apoio ao familiar, uma vez que esta se deve sentir preparada para agir de forma correta e essencialmente segura. Deve-se trabalhar para que os vínculos, cumplicidade e união entre o familiar e o doente não se percam (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Características do doente mental

Em relação às características sociodemográficas e clínicas, do doente mental é possível referir que 40% pertence ao género masculino e 60% ao género feminino. Situação contrária foi evidenciada por Costa, Gomes & Monteiro (2008) e Bandeira & Nascimento (2007). A maior percentagem adquirida pelo género feminino pode ter uma explicação, há estudos que referem que a mulher interioriza o stress o que vai contribuir para algumas desordens que estão associadas à depressão, à ansiedade e à ideia suicida.

A mulher normalmente é mais introvertida e neurótica, mas também tem menos oportunidades de trabalho e maiores responsabilidades com a educação dos filhos e com a administração da casa. Já o homem é desinibido, age de forma impulsiva, procura novas sensações, enfrenta os problemas com vista a sua resolução e exterioriza o stress o que conduz a comportamentos antissociais, uso de substâncias e ideia de suicídio (Rabasquinho & Pereira, 2007).

No que diz respeito à idade dos doentes é possível verificar, que tem idades compreendidas entre os 51 e 60 anos (21%). Esta situação talvez se deva ao facto da maioria/totalidade dos diagnósticos clínicos serem de evolução crónica com aparecimento no início da vida adulta.

Relativamente às habilitações literárias é importante referir que o 1º ciclo adquire maior representatividade (42%). De seguida foi o grupo sem escolaridade (18%). Alguns estudos (Alves & Rodrigues, 2010) demonstram uma relação inversamente proporcional entre habilitações literárias e a ocorrência de doença mental o que significa que quanto mais elevadas forem as habilitações menor a probabilidade de ocorrência de uma perturbação mental.

No que consta à profissão que o doente desempenha, na sociedade é possível afirmar que a maior representatividade recai sobre, o grupo sem profissão (38%). A dificuldade de inserção do doente mental no mercado de trabalho, passa muitas vezes por preconceitos e preocupações de possíveis empregadores, destacando-se a falta de conhecimento sobre os serviços que existem para dar apoio ao funcionário com doença mental; a empresa ser responsabilizada por qualquer ato desagradável colocando em risco a sua imagem; o aumento da despesa de seguros com a contratação de pessoas com doença mental; a não adaptação à cultura da empresa; a incapacidade de lidar com o stress, necessitando de tempo extra e não ser confiável para a execução de trabalhos que não são da sua competência (Duncan & Peterson, 2007).

No geral o mercado de trabalho, ainda não está preparado para receber estas pessoas. Algumas pessoas com doença mental são empregadas abaixo do nível de sua capacidade e qualificação. Permitindo perspetivar que o acesso ao mercado de trabalho é muito complicado e que a maior parte das pessoas que sofrem de uma perturbação estão desempregadas ou nunca tiveram uma oportunidade de trabalho (Duncan & Peterson, 2007).

Assim sendo, o desemprego é condição de muitos doentes mentais e está associado às maiores percentagens de doentes e maior mortalidade precoce, pois este muitas vezes leva ao corte de bens essenciais, como alimentação, vestuário, calçado, tanto para o trabalhador como para a sua própria família. Já a estabilidade financeira em conjunto com a realização profissional conduzem a melhores níveis de saúde (Alves & Rodrigues, 2010).

No presente estudo o internamento e o reinternamento foi comum. Quando o doente mental é internado leva consigo um conjunto de vivências familiares, uma concepção de si mesmo, que vai sendo alterada pela cultura da própria instituição. O seu

dia-a-dia vai sofrer uma série de modificações, como não se poder alimentar com faca e garfo, não poder utilizar as suas roupas, ter que pedir a outras pessoas para lhe dar cigarros e lume para os acender, estar exposto a situações de agressividade física, tomar medicação que não conhece, ter uma alimentação imposta e manter uma aparência que não deseja.

Muitas vezes durante o internamento o doente pensa como será a sua vida fora da instituição e o regresso a sociedade, quando finalmente acontece este momento é acompanhado de angústia e receio, pois vai ter a seu cargo uma série de responsabilidades que não tinha dentro da instituição. Após a sua saída o doente ainda se encontra em situação desfavorável, pois tem que enfrentar o problema de inserção na comunidade, na família, no mundo profissional. Quando estes problemas não são enfrentados e passam a afetar o indivíduo o reinternamento passa a ser a solução (Duncan & Peterson, 2007).

Com o movimento de desinstitucionalização, implementando medidas de intervenção e apoio comunitário aos doentes mentais, esta alteração das características da psiquiatria resultou no progresso dos psicofármacos, que permitiram que grande parte dos doentes fossem tratados sem serem hospitalizados, assim houve uma diminuição do número de internamentos, uma vez que já não dispõem das mesmas estruturas e políticas (Silva, 2004).

Percepção da doença

Na percepção da doença utilizou-se o conceito, doença mental e o conceito instituições psiquiátricas, estes permitem facilitar a recolha dos dados e fazer com que o familiar revele a sua percepção face aos conceitos.

Os resultados encontrados permitem-nos, referir que existe uma percepção negativa face ao conceito de doença mental, apresentando a média total dos fatores (48.48) verificando-se mais baixa no fator avaliativo do que no fator potência, demonstrando que o termo doença mental conduz a percepções negativas o que vai de encontro a alguns estudos (Reis, 2004; Amaral, 1992; 1996).

A percepção que os outros têm a cerca da pessoa que sofre de uma perturbação mental, pode influenciar a própria percepção do doente a cerca de si próprio, pois as

representações negativas que lhe são transmitidas como incapacidade, isolamento, fragilidade social e relacional e até mesmo dificuldades em comunicar pode fazer com que o doente faça uma avaliação a cerca de si negativa, tendo repercussões desastrosas que influenciam e limitam o próprio tratamento à medicação ou ao internamento, podendo fazer com que o doente fique dependente de outras pessoas como por exemplo a família.

Sendo a amostra do presente estudo, constituída por familiares de doentes mentais as implicações de representações negativas podem ainda ter maior impacto se pensarmos que a família pode ser o único suporte do doente (Reis, 2004; Amaral, 1992-96).

Se analisarmos o conceito eu e a minha família em relação ao conceito de doença mental conseguimos perceber que a percepção negativa do familiar é em relação à doença mental e não ao familiar doente mental ou aquele que dela sofre, uma vez que as percentagens foram superiores, registando-se o conceito eu (57.24) e o conceito a minha família (53.04). Existindo sempre maior percentagem no fator potência do que no fator avaliativo.

Esta maior percentagem no fator potência nos conceitos doença mental, eu e a minha família revela, que o familiar sofre de uma sobrecarga tanto objectiva como subjectiva.

Objectiva porque têm perdas financeiras, perturbações nas rotinas, na vida social e profissional e subjectiva porque se alteram as suas emoções, os seus sentimentos, aparecem as preocupações e a tensão psicológica (Alves & Martins, 2009).

Referindo frases como as seguintes *“Acho que é muito trabalho para a família”, “fica difícil da gente cuidar de uma pessoa destas”, “fico preocupada”, “ não sei como não enlouqueci” “Para mim a doença mental é uma tristeza, é uma doença que mata o coração da gente, da família.”* (Maciel, Maciel, Barros, Sá & Camino, 2008, p. 118-119).

Em relação ao conceito instituições psiquiátricas, os resultados demonstraram que existe uma percepção positiva (52.20%) apontando que os familiares se encontram satisfeitos com os apoios recebidos, tanto pelas equipas de profissionais como pelo sistema de saúde mental, considerando o hospital um forte aliado uma vez, que em

determinadas situações retira o doente da sociedade para proteger e dar descanso à família.

Quando compararmos o fator avaliativo (25,64%) com o fator potência (26,56%) face ao conceito instituições psiquiátricas, deparamo-nos com idêntica percentagem, demonstrando que a qualidade e a força são percecionadas de igual forma. Assim o familiar assume que as instituições de foro psicológico são importantes para o tratamento e reabilitação do doente, mas que por diversos fatores não são consideradas totalmente eficazes.

Esta falta de eficácia está relacionada com a falta de apoio ao familiar e o facto de muitas vezes as necessidades do doente não serem atendidas. Estando na base desta situação, a falta de orientação e apoio, não havendo esclarecimento em relação a doença, aos sintomas, ao tratamento, a falta de visitas em contexto domiciliário, a falta de inserção dos familiares em grupo de ajuda, concluindo que a intervenção nesta área necessita de ser repensada de forma a prestar mais assistência ao familiar e ao doente (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Perante esta situação seria importante referir que no presente estudo os conceitos as instituições psiquiátricas, a minha família e eu obtiveram percentagens positivas, enquanto que o conceito doença mental obteve uma percentagem negativa, revelando que o familiar tem uma percepção negativa em relação ao termo doença mental e uma percentagem positiva em relação ao conceito instituições psiquiátricas, a minha família e eu. O que permite concluir que o familiar faz uma avaliação negativa da doença e de tudo que ela acarreta e não do seu familiar. Colocando em dois polos opostos a doença mental e pessoa que dela sofre.

Percepção de si

Em relação à percepção da minha família e eu os resultados mostram que os familiares têm uma percepção positiva, apontando o conceito, a minha família (53.04%) e o conceito, eu (57.24%). Estes valores veem demonstrar que a avaliação que os familiares fazem de si próprios é positiva.

Esta situação talvez se deva ao facto do familiar, saber que a família é imprescindível e uma forte aliada em muitas equipas de saúde, colocando o familiar que padece de uma perturbação, confortável e confiante no seu processo de reabilitação. O

Doença mental: Percepção da família

doente mental necessita da família para fazer o tratamento com qualidade de vida. Tornando-se a família a maior ligação de amor, carinho e segurança, que pode fazer dos processos lentos de tratamento uma forma de viver alternativa. Nada pode substituir a família, pois esta é responsável pela formação da personalidade do indivíduo e construção de verdadeiras identidades (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

No entanto apesar de a percepção ser positiva, nos conceitos a minha família e eu evidenciaram-se diferenças significativas, entre o fator avaliativo e o fator potência, mostrando que o fator avaliativo tem uma percentagem inferior ao fator potência. Representado o fator avaliativo a qualidade e o fator potência, a força e o peso é possível referir que a família e o próprio cuidador assumem que a doença mental é pesada e forte gerando diversos sentimentos negativos.

Esta ideia remete-nos para a sobrecarga que muitos familiares sofrem por terem ao seu cuidado um familiar que sofre de uma perturbação mental. Esta sobrecarga caracteriza-se por dificuldades sentidas, como problemas na forma como se relaciona com o familiar, os conflitos gerados pelo humor instável do doente, a constante presença do cuidador e medos em relação à reabilitação do doente. Perante estas dificuldades a falta de afeto fica evidente e os sentimentos negativos cada vez mais se sobrepõem aos sentimentos positivos (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Percepção da exclusão social

Relativamente à percepção da sociedade, os resultados revelaram que os familiares têm uma percepção positiva (53,88%). Esta percepção positiva do familiar talvez se deva ao facto da sociedade evitar tecer comentários desagradáveis, ou até falar sobre a doença e a suas realidades com o cuidador.

Quanto aos conceitos estigma da doença mental (51%), e exclusão social do doente mental (52.29%) as percentagens foram positivas mas com valores inferiores, apresentando sempre maior percentagem no fator potência do que no fator avaliativo, revelando que os familiares sabem a força que o estigma e a exclusão social têm na reabilitação do doente. Sendo o estigma e a exclusão social um fenómeno que afeta a vida das pessoas com doença mental, impedindo o indivíduo de atingir importantes objetivos na vida, revelando-se muitas vezes através do preconceito.

Preconceito este que está relacionado com diversos mitos, como o da perigosidade, que se refere à necessidade de controlar a agressividade das pessoas que sofrem de uma perturbação, este mito surge e continua a subsistir por causa dos meios de comunicação social que realçam os crimes cometidos por pessoas que sofrem de uma perturbação.

O mito que estas doenças, não têm cura apesar da indústria farmacêutica ter evoluído, aparecendo novos psicofármacos e novas técnicas e tratamentos de reabilitação, pondo de lado a ideia de que a doença acompanha o doente para toda a vida. O mito da incapacidade que contribui para exclusão social do doente, isto porque existe a ideia de que estas pessoas são incapazes de desempenhar funções profissionais de cuidar do lar, de cuidar da família de ter qualquer tipo de responsabilidade.

Por fim o mito de que o doente mental não tem direitos sendo lhes negados vários direitos civis como votar, casar, constituir família, perfilhar ou adotar e dispor dos seus próprios bens (Fazenda, 2008).

Na prática estes mitos e preconceitos fazem com que o indivíduo rompa com todas as ligações que tem com a sociedade, como ligações afetivas, económicas e sociais, provocando sentimentos de incapacidade, ressentimento, frustração e falta de esperança na sua reabilitação.

Apesar de no presente estudo as percentagens serem positivas nos conceitos estigma da doença mental e exclusão social do doente mental, conduzindo a uma percepção positiva o conceito exercício de cidadania do doente tem uma percentagem negativa (47.63%) conduzindo a uma percepção negativa o que significa que existe uma exclusão social e um estigma encoberto ou camuflado.

A estigmatização e a discriminação podem levar à exclusão social, o que faz com que o doente fique vulnerável e em situações de risco, ficando comprometido o exercício de cidadania. Assim sendo é possível referir que o exercício de cidadania está estritamente relacionado com o conceito de estigma e exclusão social (Alves & Rodrigues, 2010).

Relativamente ao termo doença mental é possível referir que ainda existe uma atmosfera negativa, cheia de preconceitos e mitos, gerando sentimentos desfavoráveis e situações constrangedoras para quem vive e convive, ou seja para quem sofre e quem cuida.

Estes mitos tornam-se em preconceitos como o da perigosidade, o da incapacidade e o da incurabilidade, que ainda perduram nos dias de hoje e com perspectivas de continuidade, afetando a vida funcional e psicológica do doente mental.

As instituições psiquiátricas adquirem um papel fundamental no tratamento e na reabilitação contribuindo para a proteção e cuidado do doente, no entanto estão longe de oferecer a toda a população os cuidados essenciais, uma vez que a maior parte dos recursos estão presentes nos grandes centros urbanos como Lisboa, Porto e Coimbra.

Não existindo ou estando limitados fora destes uma vez que não dispõem de técnicos e meios capacitados para esta área. Mesmo os grandes centros não dispõem de programas de intervenção na comunidade isto porque apesar de serem aprovadas novas reformas e leis, estas não foram aplicadas na sua totalidade na prática, separando assim os serviços de saúde mental do sistema geral de saúde, promovendo o estigma e a exclusão (Relatório proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal, 2007-2016).

Quanto à família é importante referir que esta funciona como mais um elemento que contribui para a exclusão social ao invés da inclusão e reintegração. Isto porque a família não têm uma estrutura de apoio a si enquanto grupo familiar, que lhe dei suporte, compreenda as suas relações, apoie e prepare.

A doença mental ainda é carregada de estigma que atinge os próprios familiares gerando assim preconceitos o que faz com que estes se afastem da sociedade, para diminuir o sofrimento, evitar desconfianças, desprezo e desrespeito.

Este grupo ainda se mostra desorientado, pois não tem ao seu dispor um serviço de referência que possa apoiar-os sobre a forma correta de assumir esta situação. Facto este que deveria ser modificado, visto que a família é importante no processo de reabilitação e manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, pois a família é a base da vida (Moreira, Filipe, Goldestein, Brito & Costa, 2008).

Assim sendo deve-se modificar as políticas, as estruturas e as perceções para que deixem de ser promotores do estigma e da exclusão social. Deve-se procurar técnicas, atividades e projetos que promovam a inclusão do doente. Deve-se romper com o rótulo de louco, incapaz e perigoso que faz com que a sociedade adote medidas de segregação e exclusão. Mais complicado ainda é dismantelar perceções negativas acerca da doença mental e construir um novo olhar de ajuda, compreensão e partilha (Maciel, Maciel, Barros, Sá & Camino, 2008).

Considerações Finais

A realização deste trabalho pretende contribuir, para um maior conhecimento da percepção da família em relação à doença mental, a si próprios enquanto elemento da família/cuidador e no processo de exclusão social.

Este estudo torna-se pertinente, uma vez que pretende dar a conhecer todas as dificuldades que a família sofre e de que forma as enfrenta; contribuir para a diminuição de alguns dos preconceitos existentes face à doença mental e repensar as estratégias de intervenção psicossociais que envolvem a família.

Assim relativamente ao conceito doença mental é possível referir que ainda existe uma atmosfera negativa, cheia de preconceitos e mitos, gerando sentimentos negativos. Já a família funciona como mais um elemento que contribui para a exclusão social ao invés da inclusão e reintegração. Porque a família não tem uma estrutura de apoio a si enquanto grupo familiar, que lhe dei suporte, compreenda as suas relações, apoie e prepare.

Em relação aos resultados é possível referir que existe uma percepção negativa face ao conceito de doença mental e não em relação ao doente mental. No conceito de instituições psiquiátricas, existe uma percepção positiva sendo importantes para o tratamento do doente, mas não são consideradas totalmente eficazes. Os resultados estão de acordo com as hipóteses iniciais porque a doença mental não afeta só o indivíduo, mas todo o meio familiar, já as instituições psiquiátricas são fortes aliadas no tratamento, mas com défices no apoio ao familiar.

Na percepção da minha família e eu os resultados mostram que os familiares têm uma percepção positiva, no entanto muitos familiares sofrem de sobrecarga por terem ao seu cuidado, um familiar que sofre de uma perturbação mental. Os resultados também vão de acordo com as hipóteses iniciais porque a família é a maior ligação de amor, carinho e segurança mas o cuidado gera sentimentos negativos, angústias e preocupações.

A perceção é positiva em relação à sociedade, ao estigma e à exclusão social apresentando percentagens positivas. O conceito de exercício de cidadania do doente mental obteve uma percentagem negativa, logo uma perceção negativa. Os resultados acordo com as não estão de expectativas iniciais, porque na realidade o doente mental é excluído pela sociedade, sendo impedido de exercer em pleno o exercício de cidadania.

No futuro seria importante aplicar o instrumento de recolha de dados aos técnicos, isto porque no âmbito de uma intervenção/reabilitação serão estes dois grupos aqueles que principalmente irão intervir com os doentes psiquiátricos.

Outra proposta futura será investigar que relação/expectativas/representações existe relativamente aos profissionais de saúde mental por parte da família e vice-versa, e de que forma esta relação/expectativas/representações influencia a adesão da família à integração/reintegração do doente psiquiátrico.

O educador social intervém com diversas faixas etárias, crianças, jovens, adultos e idosos e em diversos contextos sociais como culturais, educativos e económicos. Esta polivalência pode favorecer a profissão ao nível empregabilidade, no entanto pode dificultar a construção do conceito a nível profissional. Este deve ser um actor social, um educador e um mediador social (Casteleiro, 2008).

Este profissional deve ser capaz de executar projetos de intervenção de cariz pedagógico, em equipas multidisciplinares, dando colaboração como alguém que tem conhecimento especializado na área. Também deve contribuir para a construção de identidades pessoais, com autonomia, conduzindo à construção de uma sociedade mais inclusiva, que partilhe, que coresponsabilize e que contextualize (Casteleiro, 2008).

O principal agente dinamizador deve ser o educador social, visto que este é um profissional apto para ajudar a construir projetos de vida que evitem a exclusão social do indivíduo. Este dedica e apoia o indivíduo de forma individual para alcançar e satisfazer os objetivos a que se propõem, bem como o exercício de cidadania. Isto implica dar apoio a todas as pessoas em desenvolvimento, para que estas possam expandir e solucionar os seus problemas ao nível individual e ao nível do grupo e depois potencializar as habilidades de cada um, dando a possibilidade de cada um deliberar ou tomar um decisão por si só (Casteleiro, 2008).

Doença mental: Perceção da família

Assim sendo é fundamental capacitar o doente mental, para que este esteja apto para compreender e atuar dentro da sua comunidade, através das suas próprias perspetivas, conhecimentos e habilidades (Casteleiro, 2008).

Por fim realçamos o papel do educador social, na interajuda com equipas multidisciplinares, privilegiando a interação com a família, promovendo a participação em contextos e atividades sociais, no sentido de tornar este processo, de inclusão do doente mental uma realidade (Casteleiro, 2008).

Referências Bibliográficas

- Alves, F. (2001). *Acção social Na Área De Saúde Mental*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Alves, A. & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 27-131
- Alves, S. & Martins, B. (2009). Ser familiar do doente mental: ansiedade do cuidador. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 16, 26-30.
- Alves, F. & Silva, L. (n.d.). *A família como suporte da política de saúde mental em Portugal*. Obtido de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/7090.pdf>
- Alves, F. & Silva, L. (s/d.). *Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão*. Actas dos ateliers do Vº congresso português de sociologia. Obtido de http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f725bc048_1.pdf
- Amaral, V. (1996). Representações sociais da doença mental, expectativas e processos de atribuição causal. *Revista da Sociedade de Antropoanálise*, 2, 4-54.
- Amaral, V. (1992). Representações sociais da doença mental, expectativas e processos de atribuição causal. *Revista da Sociedade de Antropoanálise*, 2, 4-54.
- Barroso, S., Bandeira, M. & Nascimento, E. (2007). *Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública*. *Revista de psiquiatria clínica*. Obtido em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n6/270.html>

- Borba, L., Shwartz, E. & Kantorski, L. (2008). *A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental*. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>
- Branco, A. (2004). *Para Além do Q.I.: Uma perspectiva mais ampla inteligência*. Coimbra: Quarteto.
- Brandalise, L. (2005). *Modelos de medição de percepção e comportamento uma revisão*. Obtido de <http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf>
- Cardoso, L., Galera, S. & Vieira, M. (2012). *Cuidador e cuidados de saúde fardo de pacientes que receberam alta da internação psiquiátrica*. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- Casteleiro, Steven (2008). *Pedagogia Social: conceitos essenciais e definitórios*. Obtido de <http://pt.scribd.com/doc/6258045/Pedagogia-Social-em-Portugal-autor-Steven-Casteleiro>
- Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Fundação Mário Soares Grávida Publicações Lda.
- Duncan, C. & Peterson, D. (2007). *The employment experiences of people with experience of mental illness: literature review*. Obtido de http://www.mentalhealth.org.nz/file/downloads/pdf/file_117.pdf
- Esteves, M. (2011). *Rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)*. Dissertação de mestrado em política social. Obtido de <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4505/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Margarida%20Esteves.pdf>
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Jorge, M. & Bezerra, M. (2004). *Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais*. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a07.pdf>
- Lopes, L., Martins, L., Andrade, A., & Barros, A. (2011). *Escala diferencial*

semântico para avaliação da percepção de pacientes hospitalizados frente ao banho. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000600015&script=sci_arttext

Luna, B. (1998). *Sequencia básica na elaboração de protocolos de pesquisa.*

Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X1998001200001&script=sci_arttext

Maciel, S., Maciel, C., Barros, D., Sá, R. & Camino, L. (2008). *Exclusão social do doente mental; discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica.* Obtido de

<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>

Ministério da Saúde (2007-2016). *Plano Nacional de saúde mental.* Obtido de

http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental_2007-2016__resumoexecutivo.pdf

Miranda, A. (2008). *Bioética e saúde mental: no limiar dos limites o que o doente mental mantém de homem ético.* Dissertação de Mestrado em

Bioética. Obtido de

aberto.up.pt/bitstream/10216/22144/3/Biotica%20e%20Sade%20Mental.pdf

Moreira, L., Filipe, I., Goldestein, E., Brito, A. & Costa, L. (2008). *A Inclusão*

social do doente mental: Contribuições para a enfermagem psiquiátrica, Revista Brasília, Vol.3, Nº1, pp.35-42. Obtido de

<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/viewFile/104/114>

Munõz, M., Santos, E., Crespo, M. & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad*

mental análisis del rechazo social que sufren las personas con

enfermedad mental Editorial: Complutense, S.A. Obtido de

<http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

Navaniri, V. & Hirdes, A. (2008). *Família do portador de transtorno mental:*

Edificando recursos adaptativos. Obtido de

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>

Portugal, G. (1992). *Ecologia do desenvolvimento humano em bronfenbrenner.*

Cidine. Aveiro.

- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo, Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Obtido de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Ornelas, J. (1997). *Psicologia comunitária origens, fundamentos e áreas de intervenção. Análise psicológica*. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v15n3/v15n3a02.pdf>
- Rabasquinho, C. & Pereira, H. (2007). *Género e saúde mental: uma abordagem epidemiológica*. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a10.pdf>
- Reis, F. (2004). Intervenção psicoeducativa nas famílias de esquizofrénicos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Pessoa*, 19-41.
- Ministério da Saúde (2007). Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Relatório - Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal (2007-2016). Obtido de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+saude+mental.htm>
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Silva, C. (2004). *Família, doença mental e reabilitação psicossocial*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/927>
- Sousa, F. (2008). *Intervenção psicológica forense na área de saúde mental- inimputabilidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Forense e Exclusão Social. Obtido de http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1130/Tese%20de%20Mestrado_Filipa%20Sousa.pdf?sequence=1
- Souza, R. & Scatena, M. (2005). *Produção de sentimentos acerca da família que convive com o doente mental*. *Revista Latino-amenfermagem*. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200007

Anexos

Anexo I

Anexo I. Instrumento de recolha de dados

Consentimento de Investigação

Dados do Investigador

Vânia Sofia Teixeira Antunes discente, do Instituto Politécnico de Bragança, pretende realizar o seguinte estudo, para a obtenção do grau mestre em Educação Social.

Pretende-se analisar a perceção do familiar do doente mental a cerca da Exclusão Social da doença mental, assim sendo solicita-se a vossa colaboração para a sua realização.

Título do Estudo

Exclusão Social na Doença Mental: Perceção Familiar

Objetivos da Investigação

Avaliar o perfil sociodemográfico do familiar do doente mental;

Estudar as características sociodemográficas e clinicas do doente mental;

Analisar a perceção que, os familiares dos doentes mentais têm da doença mental, das instituições psiquiátricas, da sua família, de si próprio, da sociedade, do estigma da doença mental, da exclusão social do doente mental e do exercício de cidadania.

Descrição da Investigação

As informações serão recolhidas a partir de um questionário e de um instrumento de avaliação. Estas informações são confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas. Este estudo não trará nenhum gasto nem risco.

Sua participação neste estudo é voluntária e anónima.

Toda a informação que consta nestes questionários será tratada de forma confidencial.

Responda a todas as perguntas.

Depois de ler as explicações referidas anteriormente, declaro que aceito participar nesta investigação.

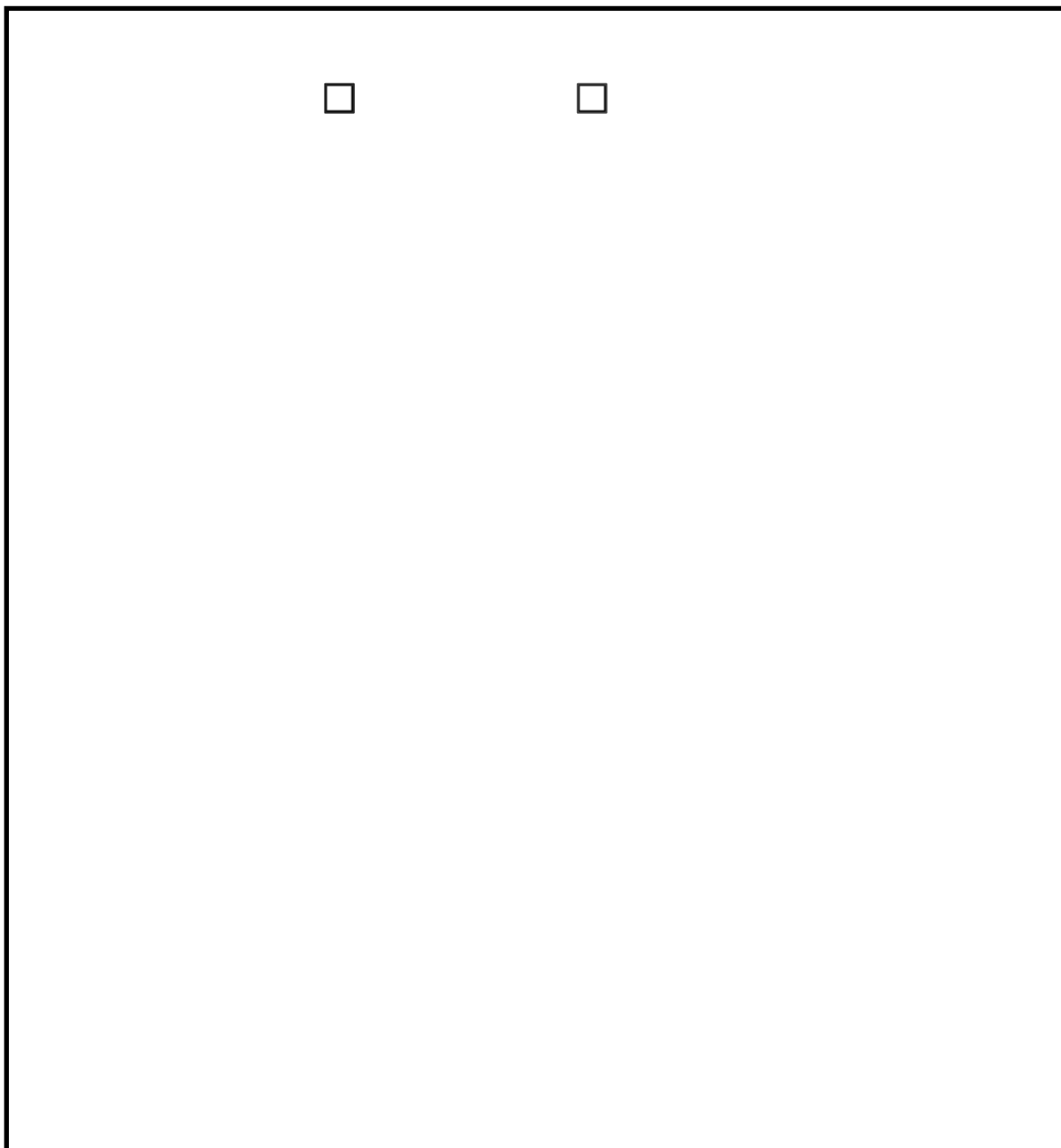
Doença mental: Percepção da família

Assinatura: _____ Data: / /

Dados do Familiar

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Dados do Doente Mental



A large empty rectangular box with a black border, intended for data entry. At the top center of the box, there are two small, empty square boxes, likely for initials or a signature.

Doença mental: Percepção da família

De seguida é apresentada uma lista de conceitos, coloque por favor um (x), na posição que julga ser a mais correta, no que diz respeito ao significado que esse conceito tem para si. Não há respostas certas ou erradas.

Exemplo:

Google

1 2 3 4 5 6 7

Doença Mental

Bom _____ Mau
Doloroso _____ Agradável
Bonito _____ Feio
Nada Importante _____ Importantíssimo
Positivo _____ Negativo
Feminilidade _____ Masculinidade
Sério _____ Engraçado
Leve _____ Pesado
Mole _____ Duro
Forte _____ Fraco
Activo _____ Passivo
Rápido _____ Lento

Instituições Psiquiátricas

Bom _____ Mau
Doloroso _____ Agradável
Bonito _____ Feio
Nada Importante _____ Importantíssimo
Positivo _____ Negativo
Feminilidade _____ Masculinidade
Sério _____ Engraçado
Leve _____ Pesado
Mole _____ Duro
Forte _____ Fraco
Ativo _____ Passivo
Rápido _____ Lento

A Minha família

Bom _____ Mau
Doloroso _____ Agradável
Bonito _____ Feio
Nada Importante _____ Importantíssimo
Positivo _____ Negativo
Feminilidade _____ Masculinidade
Sério _____ Engraçado
Leve _____ Pesado
Mole _____ Duro
Forte _____ Fraco
Ativo _____ Passivo
Rápido _____ Lento

Eu

Bom _____ Mau
Doloroso _____ Agradável
Bonito _____ Feio
Nada Importante _____ Importantíssimo
Positivo _____ Negativo
Feminilidade _____ Masculinidade
Sério _____ Engraçado
Leve _____ Pesado
Mole _____ Duro
Forte _____ Fraco
Ativo _____ Passivo
Rápido _____ Lento

A Sociedade

Bom _____ Mau
Doloroso _____ Agradável
Bonito _____ Feio
Nada Importante _____ Importantíssimo
Positivo _____ Negativo
Feminilidade _____ Masculinidade
Sério _____ Engraçado
Leve _____ Pesado
Mole _____ Duro
Forte _____ Fraco
Ativo _____ Passivo
Rápido _____ Lento

O Estigma da Doença Mental

Bom _____ Mau
Doloroso _____ Agradável
Bonito _____ Feio
Nada Importante _____ Importantíssimo
Positivo _____ Negativo
Feminilidade _____ Masculinidade
Sério _____ Engraçado
Leve _____ Pesado
Mole _____ Duro
Forte _____ Fraco
Ativo _____ Passivo
Rápido _____ Lento

Exclusão Social do Doente Mental

Bom _____ Mau
Doloroso _____ Agradável
Bonito _____ Feio
Nada Importante _____ Importantíssimo
Positivo _____ Negativo
Feminilidade _____ Masculinidade
Sério _____ Engraçado
Leve _____ Pesado
Mole _____ Duro
Forte _____ Fraco
Ativo _____ Passivo
Rápido _____ Lento

Exercício de Cidadania do Doente

Bom _____ Mau
Doloroso _____ Agradável
Bonito _____ Feio
Nada Importante _____ Importantíssimo
Positivo _____ Negativo
Feminilidade _____ Masculinidade
Sério _____ Engraçado
Leve _____ Pesado
Mole _____ Duro
Forte _____ Fraco
Ativo _____ Passivo
Rápido _____ Lento

Glossário

Doença Mental - caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social, resultando de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Instituição psiquiátrica – lida com o atendimento, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas da doença mental.

Eu - A minha pessoa, a minha consciência.

Família - é um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que matem o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados.

Sociedade - representa uma organização com objetivos que são formulados em leis, preceitos, regras e que servem o bem da coletividade.

Estigma - é um fenómeno que afeta a vida das pessoas com doença mental, impedindo-as de atingir importantes objetivos na vida.

Exclusão Social - é a fase extrema do processo de marginalização, sendo apresentado como um caminho que tende a ser descendente, onde se verificam várias ruturas do individuo com a sociedade.

Exercício de cidadania - é o acesso a um conjunto de sistemas sociais básicos, que se apresentam em cinco domínios o social, o económico, o institucional, o territorial e das referências simbólicas.

Anexos II

Anexo II. Documentação para a Comissão Ética

Vânia Sofia Teixeira Antunes
Rua D.Pedro IV Lote 10 1ºesq.
Bairro da Coxa
5300 Bragança

Cabeceiras de Basto, 26 de Setembro de 2012

Assunto: **Pedido de parecer**

Exmo. (s). Sr. (s):

No âmbito do Mestrado em Educação Social (Tema da dissertação Exclusão Social na Doença Mental: Perceção Familiar), do Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Educação, cuja a orientação está a cargo do professor Dr. Pedro Margalhos, **solicito parecer para a recolha de dados dos familiares dos doentes que sofrem de uma perturbação mental.**

A recolha destes dados, que será processada de forma direta, tem como objetivo a caracterização do familiar do doente mental e a sua perceção acerca da exclusão que o doente sofre por parte da sociedade, estes dados serão utilizados meramente para efeitos académicos.

Anexo III

Anexo III. Informação técnico-estatística

Neste anexo, consta toda a informação técnico-estatística que serviu de base para a construção do relatório.

Caracterização da amostra de doentes

Quadro 1 – Amostra de doentes consoante género

Genero_Doente				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Feminino	30	60,0	60,0	60,0
Valid Masculino	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 2 – Análise descritiva da variável ‘Idade do doente’

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade_Doente	50	24	89	55,12	16,995
Valid N (listwise)	50				

Quadro 3 – Amostra de doentes consoante escalões etários

IdD_Intervalos				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
21-30 Anos	6	12,0	12,0	12,0
31-40 Anos	5	10,0	10,0	22,0
41-50 Anos	7	14,0	14,0	36,0
Valid 51-60 Anos	14	28,0	28,0	64,0
61-70 Anos	8	16,0	16,0	80,0
>71 Anos	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 4 – Amostra de doentes consoante escolaridade

Escolaridade_Doente				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sem Estudos	9	18,0	18,0	18,0
1ºciclo	21	42,0	42,0	60,0
2ºciclo	7	14,0	14,0	74,0
3ºciclo	7	14,0	14,0	88,0
Valid Ensino Secundário	2	4,0	4,0	92,0
Ensino Superior	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 5 – Amostra de doentes consoante profissão

Profissao_Doente				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sem Profissão	19	38,0	38,0	38,0
Empregada De Limpeza	1	2,0	2,0	40,0
Estudante	1	2,0	2,0	42,0
Professor	2	4,0	4,0	46,0
Economista	1	2,0	2,0	48,0
Valid Desempregado	9	18,0	18,0	66,0
Reformado	12	24,0	24,0	90,0
Construtor Civil	1	2,0	2,0	92,0
Assistente Operacional	2	4,0	4,0	96,0
Agricultor	1	2,0	2,0	98,0
Auxiliar Administrativa	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 6 – Amostra de doentes consoante ocupação profissional

Ocup_Prof				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1ºSector	1	2,0	2,0
	2ºSector	5	10,0	12,0
	3ºSector	3	6,0	18,0
	Estudante	1	2,0	20,0
	Desempregado	9	18,0	38,0
	Reformado	12	24,0	62,0
	Sem Profissão	19	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

Quadro 7 – Amostra de doentes consoante tempo passado após o diagnóstico da doença psiquiátrica

Diag_Intervalos				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2 Anos	13	26,0	26,0
	3-6 Anos	12	24,0	50,0
	7-10 Anos	10	20,0	70,0
	15-18 Anos	7	14,0	84,0
	>20 Anos	8	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

Quadro 8 – Amostra de doentes consoante tempo passado após a toma de medicação psiquiátrica

Med_Intervalos				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2 Anos	13	26,0	26,0
	3-6 Anos	12	24,0	50,0
	7-10 Anos	10	20,0	70,0
	15-18 Anos	7	14,0	84,0
	>20 Anos	8	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

Quadro 9 – Amostra de doentes consoante internamento

Alguma vez foi internado o seu familiar?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	26	52,0	52,0	52,0
Não	24	48,0	48,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 10 – Amostra de doentes consoante número de internamentos

Se sim quantas vezes?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5 Vezes	1	2,0	3,8	3,8
1 Vez	8	16,0	30,8	34,6
4 Vezes	3	6,0	11,5	46,2
3 Vezes	5	10,0	19,2	65,4
2 Vezes	9	18,0	34,6	100,0
Total	26	52,0	100,0	
Missing System	24	48,0		
Total	50	100,0		

1.1 Caracterização da amostra de familiares

Quadro 11 – Amostra de familiares consoante género

Genero

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	30	60,0	60,0	60,0
Masculino	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 12 – Análise Descritiva da variável ‘Idade do familiar’

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	50	18	78	45,74	16,934
Valid N (listwise)	50				

Quadro 13 – Amostra de familiares consoante escalões etários
idade_intervalos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<20 Anos	1	2,0	2,0	2,0
21-30 Anos	10	20,0	20,0	22,0
31-40 Anos	11	22,0	22,0	44,0
Valid 41-50 Anos	8	16,0	16,0	60,0
51-60 Anos	7	14,0	14,0	74,0
61-70 Anos	8	16,0	16,0	90,0
>71 Anos	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 14 – Amostra de familiares consoante escolaridade

Escolaridade				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1º Ciclo	17	34,0	34,0	34,0
2º Ciclo	4	8,0	8,0	42,0
3º Ciclo	7	14,0	14,0	56,0
Valid Ensino Secundário	10	20,0	20,0	76,0
Ensino Superior	12	24,0	24,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 15 – Amostra de familiares consoante ocupação profissional

Ocup_prof				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2ºSector	21	42,0	42,0	42,0
3ºSector	6	12,0	12,0	54,0
Estudante	4	8,0	8,0	62,0
Valid Desempregado	8	16,0	16,0	78,0
Reformado	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 16 – Amostra de familiares consoante grau de parentesco

Grau_de_parentesco				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Filha	10	20,0	20,0	20,0
Filho	4	8,0	8,0	28,0
Marido	10	20,0	20,0	48,0
Sobrinho	1	2,0	2,0	50,0
Irmão	3	6,0	6,0	56,0
Sobrinha	3	6,0	6,0	62,0
Valid Irmã	9	18,0	18,0	80,0
Mãe	2	4,0	4,0	84,0
Esposa	2	4,0	4,0	88,0
Pai	3	6,0	6,0	94,0
Neto	1	2,0	2,0	96,0
Nora	1	2,0	2,0	98,0
Neta	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 17 – Amostra de familiares consoante dedicação ao doente

Quanto tempo dedica ao cuidado do seu familiar?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tempo Inteiro	32	64,0	64,0	64,0
Tempo Parcial	18	36,0	36,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quadro 18 – Amostra de familiares consoante pertença a grupo de ajuda a familiares de doentes mentais

Faz parte de algum grupo de ajuda para familiares de doentes mentais?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	50	100,0	100,0	100,0

Análise Descritiva dos Scores (totais, fatores avaliativos e fatores de potência)

Quadro 19 – Análise descritiva dos scores totais

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Doença Mental Instituições Psiquiátricas	50	36	60	48,48	7,934
Minha Família	50	24	72	53,04	14,310
Eu	50	36	72	57,24	8,589
Sociedade	50	24	72	53,88	11,658
Estigma da Doença Mental	50	24	72	51,00	11,060
Exclusão Social do Doente Mental	49	42	60	52,29	5,339
Exercício de Cidadania do Doente	49	24	78	47,63	18,224
Valid N (listwise)	49				

Quadro 20 – Análise descritiva dos fatores avaliativos

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Doença Mental: Factor avaliativo	50	11	11	11,00	,000
Instituições Psiquiátricas: Factor avaliativo	50	5	35	25,64	11,887
Minha Família: Factor avaliativo	50	5	35	21,92	12,224
Eu: Factor avaliativo	50	11	29	23,00	6,528
Sociedade: Factor avaliativo	50	11	35	22,64	9,185
Estigma da Doença Mental: Factor avaliativo	50	11	35	19,40	11,371
Exclusão Social do Doente Mental: Factor avaliativo	49	11	35	20,31	11,815
Exercício de Cidadania do Doente: Factor avaliativo	49	11	35	21,29	12,000
Valid N (listwise)	49				

Quadro 21 – Análise descritiva dos fatores de potência

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Doença Mental: Factor potencia Instituições	50	25	49	37,48	7,934
Psiquiátricas: Factor potencia	50	19	37	26,56	4,665
Minha Família: Factor potencia	50	13	49	31,12	6,909
Eu: Factor potencia	50	19	49	34,24	6,663
Sociedade: Factor potencia	50	13	49	31,24	7,758
Estigma da Doença Mental: Factor potencia	50	13	49	31,60	12,554
Exclusão Social do Doente Mental:Factor potencia	49	13	49	31,98	14,612
Exercicio de Cidadania do Doente:Factor potencia	49	13	49	26,35	10,973
Valid N (listwise)	49				

Análise de Correlação Populacional entre os Fatores

Quadro 20 – Matriz de Correlações fatores avaliativos

		Correlations							
		Doença Mental: Factor avaliativo	Instituições Psiquiátricas: Factor avaliativo	Minha Família: Factor avaliativo	Eu: Factor avaliativo	Sociedade: Factor avaliativo	Estigma da Doença Mental: Factor avaliativo	Exclusão Social do Doente: Factor avaliativo	Exercício de Cidadania do Doente: Factor avaliativo
Doença Mental: Factor avaliativo	Pearson Correlation	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a
	Sig. (2-tailed)
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Instituições Psiquiátricas: Factor avaliativo	Pearson Correlation	. ^a	1	-,031	-,038	-,193	-,059	,101	-,196
	Sig. (2-tailed)	.	.	,833	,794	,179	,686	,491	,176
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Minha Família: Factor avaliativo	Pearson Correlation	. ^a	-,031	1	,635**	,284	,299	,160	,347
	Sig. (2-tailed)	.	,833	.	,000	,045	,035	,272	,015
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Eu: Factor avaliativo	Pearson Correlation	. ^a	-,038	,635**	1	,466**	,386**	,326	,284
	Sig. (2-tailed)	.	,794	,000	.	,001	,006	,022	,048
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Sociedade: Factor avaliativo	Pearson Correlation	. ^a	-,193	,284	,466**	1	,543**	,500**	,581**
	Sig. (2-tailed)	.	,179	,045	,001	.	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Estigma da Doença Mental: Factor avaliativo	Pearson Correlation	. ^a	-,059	,299	,386**	,543**	1	,776**	,371**
	Sig. (2-tailed)	.	,686	,035	,006	,000	.	,000	,009
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Exclusão Social do Doente: Factor avaliativo	Pearson Correlation	. ^a	,101	,160	,326	,500**	,776**	1	,411**
	Sig. (2-tailed)	.	,491	,272	,022	,000	,000	.	,003
	N	49	49	49	49	49	49	49	49
Exercício de Cidadania do Doente: Factor avaliativo	Pearson Correlation	. ^a	-,196	,347	,284	,581**	,371**	,411**	1
	Sig. (2-tailed)	.	,176	,015	,048	,000	,009	,003	.
	N	49	49	49	49	49	49	49	49

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a . Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Quadro 21 – Matriz de Correlações fatores de potência

		Correlations							
		Doença Mental: Factor potencia	Instituições Psiquiátricas : Factor potencia	Minha Família: Factor potencia	Eu: Factor potencia	Sociedade: Factor potencia	Estigma da Doença Mental: Factor potencia	Exclusão Social do Doente Mental: Factor potencia	Exercício de Cidadania do Doente: Factor potencia
Doença Mental: Factor potencia	Pearson Correlation	1	,059	,254	,192	,129	,019	-,151	-,074
	Sig. (2-tailed)		,685	,076	,181	,370	,895	,300	,612
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Instituições Psiquiátricas: Factor potencia	Pearson Correlation	,059	1	,336*	,354*	,172	,523**	,266	,386**
	Sig. (2-tailed)	,685		,017	,012	,232	,000	,065	,006
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Minha Família: Factor potencia	Pearson Correlation	,254	,336*	1	,263	,424**	,245	,058	,117
	Sig. (2-tailed)	,076	,017		,065	,002	,087	,690	,422
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Eu: Factor potencia	Pearson Correlation	,192	,354*	,263	1	,198	,293	-,074	,173
	Sig. (2-tailed)	,181	,012	,065		,168	,039	,611	,234
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Sociedade: Factor potencia	Pearson Correlation	,129	,172	,424**	,198	1	,451**	,201	,240
	Sig. (2-tailed)	,370	,232	,002	,168		,001	,166	,096
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Estigma da Doença Mental: Factor potencia	Pearson Correlation	,019	,523**	,245	,293	,451**	1	,653**	,360
	Sig. (2-tailed)	,895	,000	,087	,039	,001		,000	,011
	N	50	50	50	50	50	50	49	49
Exclusão Social do Doente Mental: Factor potencia	Pearson Correlation	-,151	,266	,058	-,074	,201	,653**	1	,099
	Sig. (2-tailed)	,300	,065	,690	,611	,166	,000		,498
	N	49	49	49	49	49	49	49	49
Exercício de Cidadania do Doente: Factor potencia	Pearson Correlation	-,074	,386**	,117	,173	,240	,360	,099	1
	Sig. (2-tailed)	,612	,006	,422	,234	,096	,011	,498	
	N	49	49	49	49	49	49	49	49

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quadro 22 – Matriz de Correlações fatores de potência vs fatores avaliativos

		Correlations					
		Instituições Psiquiátricas: Factor avaliativo	Instituições Psiquiátricas: Factor potencia	Minha Família: Factor avaliativo	Minha Família: Factor potencia	Eu: Factor avaliativo	Eu: Factor potencia
Instituições Psiquiátricas: Factor avaliativo	Pearson Correlation	1	,216	-,031	,381**	-,038	,252
	Sig. (2-tailed)		,132	,833	,006	,794	,078
	N	50	50	50	50	50	50
Instituições Psiquiátricas: Factor potencia	Pearson Correlation	,216	1	,043	,336*	-,072	,354*
	Sig. (2-tailed)	,132		,767	,017	,617	,012
	N	50	50	50	50	50	50
Minha Família: Factor avaliativo	Pearson Correlation	-,031	,043	1	,045	,635**	-,218
	Sig. (2-tailed)	,833	,767		,756	,000	,129
	N	50	50	50	50	50	50
Minha Família: Factor potencia	Pearson Correlation	,381**	,336*	,045	1	-,326*	,263
	Sig. (2-tailed)	,006	,017	,756		,021	,065
	N	50	50	50	50	50	50
Eu: Factor avaliativo	Pearson Correlation	-,038	-,072	,635**	-,326*	1	-,152
	Sig. (2-tailed)	,794	,617	,000	,021		,292
	N	50	50	50	50	50	50
Eu: Factor potencia	Pearson Correlation	,252	,354*	-,218	,263	-,152	1
	Sig. (2-tailed)	,078	,012	,129	,065	,292	
	N	50	50	50	50	50	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 23 – Matriz de Correlações fatores de potência vs fatores avaliativos

Correlations

		Sociedade: Factor avaliativo	Sociedade: Factor potencia	Estigma da Doença Mental: Factor avaliativo	Estigma da Doença Mental: Factor potencia	Exclusão Social do Doente Mental: Factor avaliativo	Exclusão Social do Doente Mental: Factor potencia	Exercício de Cidadania do Doente: Factor avaliativo	Exercício de Cidadania do Doente: Factor potencia
Sociedade: Factor avaliativo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 50	-,061 ,676 50	,543 ^{**} ,000 50	-,285 ,045 50	,500 ^{**} ,000 49	-,503 ^{**} ,000 49	,581 ^{**} ,000 49	,106 ,468 49
Sociedade: Factor potencia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,061 ,676 50	1 50	-,215 ,134 50	,451 ^{**} ,001 50	-,122 ,402 49	,201 ,166 49	-,155 ,288 49	,240 ,096 49
Estigma da Doença Mental: Factor avaliativo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,543 ^{**} ,000 50	-,215 ,134 50	1 50	-,576 ^{**} ,000 50	,776 ^{**} ,000 49	-,742 ^{**} ,000 49	,371 ^{**} ,009 49	,001 ,994 49
Estigma da Doença Mental: Factor potencia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,285 ,045 50	,451 ^{**} ,001 50	-,576 ^{**} ,000 50	1 50	-,514 ^{**} ,000 49	,653 ^{**} ,000 49	-,150 ,304 49	,360 ,011 49
Exclusão Social do Doente Mental: Factor avaliativo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,500 ^{**} ,000 49	-,122 ,402 49	,776 ^{**} ,000 49	-,514 ^{**} ,000 49	1 49	-,940 ^{**} ,000 49	,411 ^{**} ,003 49	-,052 ,721 49
Exclusão Social do Doente Mental: Factor potencia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,503 ^{**} ,000 49	,201 ,166 49	-,742 ^{**} ,000 49	,653 ^{**} ,000 49	-,940 ^{**} ,000 49	1 49	-,401 ^{**} ,004 49	,099 ,498 49
Exercício de Cidadania do Doente: Factor avaliativo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,581 ^{**} ,000 49	-,155 ,288 49	,371 ^{**} ,009 49	-,150 ,304 49	,411 ^{**} ,003 49	-,401 ^{**} ,004 49	1 49	,257 ,074 49
Exercício de Cidadania do Doente: Factor potencia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,106 ,468 49	,240 ,096 49	,001 ,994 49	,360 ,011 49	-,052 ,721 49	,099 ,498 49	,257 ,074 49	1 49

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 24 – Matriz de Correlações fatores de potência total vs fatores avaliativos total

Correlations

		Factores Avaliativos Total	Factores de Potência Total
Factores Avaliativos Total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 49	-,393 ^{**} ,005 49
Factores de Potência Total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,393 ^{**} ,005 49	1 49

1. Validação do pressuposto da normalidade populacional para a realização de testes paramétricos

Quadro 25 – Dimensão dos grupos

		Case Processing Summary						
		Genero	Cases					
			Valid		Missing		Total	
			N	Percent	N	Percent	N	Percent
Percepção da doença:	Feminino	29	96,7%	1	3,3%	30	100,0%	
potência	Masculino	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%	
Percepção da si:	Feminino	29	96,7%	1	3,3%	30	100,0%	
avaliativo	Masculino	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%	
Percepção de si:	Feminino	29	96,7%	1	3,3%	30	100,0%	
potência	Masculino	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%	
Percepção da exclusão	Feminino	29	96,7%	1	3,3%	30	100,0%	
social: avaliativo	Masculino	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%	
Percepção da exclusão	Feminino	29	96,7%	1	3,3%	30	100,0%	
social: potência	Masculino	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%	

Quadro 26 – Testes de aderência à normalidade populacional

		Tests of Normality						
		Genero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
			Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Percepção da doença:	Feminino	,228	29	,001	,900	29	,010	
potência	Masculino	,244	20	,003	,879	20	,017	
Percepção da si:	Feminino	,288	29	,000	,752	29	,000	
avaliativo	Masculino	,290	20	,000	,749	20	,000	
Percepção de si:	Feminino	,242	29	,000	,934	29	,069	
potência	Masculino	,303	20	,000	,853	20	,006	
Percepção da exclusão	Feminino	,231	29	,000	,877	29	,003	
social: avaliativo	Masculino	,219	20	,013	,806	20	,001	
Percepção da exclusão	Feminino	,111	29	,200*	,945	29	,134	
social: potência	Masculino	,140	20	,200*	,958	20	,506	

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Quadro 27 – Dimensão dos grupos

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Percepção da doença: potência	idade intervalos						
	<20 Anos	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	21-30 Anos	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	31-40 Anos	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
	41-50 Anos	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	51-60 Anos	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	61-70 Anos	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
>71 Anos	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	
Percepção da si: avaliativo	<20 Anos	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	21-30 Anos	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	31-40 Anos	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
	41-50 Anos	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	51-60 Anos	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	61-70 Anos	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	>71 Anos	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%
Percepção de si: potência	<20 Anos	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	21-30 Anos	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	31-40 Anos	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
	41-50 Anos	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	51-60 Anos	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	61-70 Anos	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	>71 Anos	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%
Percepção da exclusão social: avaliativo	<20 Anos	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	21-30 Anos	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	31-40 Anos	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
	41-50 Anos	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	51-60 Anos	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	61-70 Anos	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	>71 Anos	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%
Percepção da exclusão social: potência	<20 Anos	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	21-30 Anos	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	31-40 Anos	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
	41-50 Anos	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	51-60 Anos	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	61-70 Anos	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	>71 Anos	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%

Quadro 28 – Testes de aderência à normalidade populacional

Tests of Normality^{a,d,e,f,g}

idade intervalos	Kolmogorov-Smirnov ^b			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Percepção da doença: potência	21-30 Anos	,146	10	,200*	,948	10	,646
	31-40 Anos	,248	11	,057	,903	11	,201
	41-50 Anos	,256	7	,182	,833	7	,086
	51-60 Anos	,205	7	,200*	,878	7	,217
	61-70 Anos	,299	8	,034	,815	8	,041
	>71 Anos	,227	5	,200*	,910	5	,468
Percepção da si: avaliativo	21-30 Anos	,247	10	,083	,810	10	,019
	31-40 Anos	,373	11	,000	,752	11	,002
	41-50 Anos	,279	7	,106	,747	7	,012
	51-60 Anos	,257	7	,181	,785	7	,029
	61-70 Anos	,385	8	,001	,693	8	,002
	>71 Anos	,367	5	,026	,684	5	,006
Percepção de si: potência	21-30 Anos	,197	10	,200*	,915	10	,314
	31-40 Anos	,289	11	,011	,878	11	,099
	41-50 Anos	,176	7	,200*	,931	7	,555
	51-60 Anos	,224	7	,200*	,911	7	,404
	61-70 Anos	,460	8	,000	,617	8	,000
	>71 Anos	,231	5	,200*	,881	5	,314
Percepção da exclusão social: avaliativo	21-30 Anos	,198	10	,200*	,881	10	,133
	31-40 Anos	,312	11	,004	,758	11	,003
	41-50 Anos	,241	7	,200*	,827	7	,076
	51-60 Anos	,285	7	,090	,761	7	,017
	61-70 Anos	,182	8	,200*	,913	8	,375
	>71 Anos	,354	5	,039	,740	5	,024
Percepção da exclusão social: potência	21-30 Anos	,133	10	,200*	,940	10	,557
	31-40 Anos	,222	11	,135	,777	11	,005
	41-50 Anos	,178	7	,200*	,971	7	,908
	51-60 Anos	,378	7	,003	,782	7	,027
	61-70 Anos	,263	8	,109	,825	8	,052
	>71 Anos	,209	5	,200*	,900	5	,408

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Percepção da doença: potência is constant when idade_intervalos = <20 Anos. It has been omitted.

b. Lilliefors Significance Correction

d. Percepção da si: avaliativo is constant when idade_intervalos = <20 Anos. It has been omitted.

e. Percepção de si: potência is constant when idade_intervalos = <20 Anos. It has been omitted.

f. Percepção da exclusão social: avaliativo is constant when idade_intervalos = <20 Anos. It has been omitted.

g. Percepção da exclusão social: potência is constant when idade_intervalos = <20 Anos. It has been omitted.

Quadro 29 – Dimensão dos grupos

Case Processing Summary

Ocup. profi		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Percepção da doença: potência	2ºSector	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%
	3ºSector	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Estudante	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	Dempregado	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	Reformado	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
Percepção da si: avaliativo	2ºSector	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%
	3ºSector	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Estudante	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	Dempregado	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	Reformado	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
Percepção de si: potência	2ºSector	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%
	3ºSector	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Estudante	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	Dempregado	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	Reformado	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
Percepção da exclusão social: avaliativo	2ºSector	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%
	3ºSector	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Estudante	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	Dempregado	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	Reformado	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
Percepção da exclusão social: potência	2ºSector	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%
	3ºSector	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Estudante	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	Dempregado	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	Reformado	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%

Quadro 30 – Testes de aderência à normalidade populacional

Tests of Normality

Ocup. profi		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Percepção da doença: potência	2ºSector	,220	21	,009	,903	21	,040
	3ºSector	,226	6	,200*	,912	6	,452
	Estudante	,298	4	.	,849	4	,224
	Dempregado	,185	7	,200*	,877	7	,215
	Reformado	,192	11	,200*	,913	11	,268
Percepção da si: avaliativo	2ºSector	,300	21	,000	,767	21	,000
	3ºSector	,380	6	,007	,724	6	,011
	Estudante	,260	4	.	,827	4	,161
	Dempregado	,269	7	,136	,852	7	,127
	Reformado	,401	11	,000	,625	11	,000
Percepção de si: potência	2ºSector	,207	21	,020	,931	21	,145
	3ºSector	,278	6	,161	,920	6	,505
	Estudante	,329	4	.	,895	4	,406
	Dempregado	,246	7	,200*	,920	7	,471
	Reformado	,350	11	,000	,810	11	,013
Percepção da exclusão social: avaliativo	2ºSector	,266	21	,000	,843	21	,003
	3ºSector	,234	6	,200*	,838	6	,127
	Estudante	,131	4	.	,999	4	,998
	Dempregado	,178	7	,200*	,904	7	,358
	Reformado	,286	11	,012	,778	11	,005
Percepção da exclusão social: potência	2ºSector	,118	21	,200*	,982	21	,948
	3ºSector	,234	6	,200*	,898	6	,364
	Estudante	,298	4	.	,825	4	,155
	Dempregado	,275	7	,117	,758	7	,015
	Reformado	,218	11	,152	,905	11	,213

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Quadro 31 – Dimensão dos grupos

Case Processing Summary

Escolaridade		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Percepção da doença: potência	1°Ciclo	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
	2º Ciclo	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	3º Ciclo	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Ensino Secundario	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	Ensino Superior	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%
Percepção da si: avaliativo	1°Ciclo	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
	2º Ciclo	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	3º Ciclo	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Ensino Secundario	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	Ensino Superior	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%
Percepção de si: potência	1°Ciclo	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
	2º Ciclo	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	3º Ciclo	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Ensino Secundario	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	Ensino Superior	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%
Percepção da exclusão social: avaliativo	1°Ciclo	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
	2º Ciclo	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	3º Ciclo	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Ensino Secundario	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	Ensino Superior	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%
Percepção da exclusão social: potência	1°Ciclo	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
	2º Ciclo	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
	3º Ciclo	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Ensino Secundario	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	Ensino Superior	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%

Quadro 30 – Testes de aderência à normalidade populacional

Tests of Normality

Escolaridade		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Percepção da doença: potência	1°Ciclo	,159	16	,200 [*]	,899	16	,077
	2º Ciclo	,192	4	.	,971	4	,850
	3º Ciclo	,345	7	,012	,732	7	,008
	Ensino Secundario	,204	10	,200 [*]	,919	10	,351
	Ensino Superior	,191	12	,200 [*]	,930	12	,380
Percepção da si: avaliativo	1°Ciclo	,431	16	,000	,591	16	,000
	2º Ciclo	,307	4	.	,729	4	,024
	3º Ciclo	,216	7	,200 [*]	,882	7	,236
	Ensino Secundario	,323	10	,004	,796	10	,013
	Ensino Superior	,312	12	,002	,729	12	,002
Percepção de si: potência	1°Ciclo	,296	16	,001	,882	16	,041
	2º Ciclo	,303	4	.	,791	4	,086
	3º Ciclo	,301	7	,054	,889	7	,271
	Ensino Secundario	,207	10	,200 [*]	,891	10	,173
	Ensino Superior	,297	12	,004	,854	12	,041
Percepção da exclusão social: avaliativo	1°Ciclo	,198	16	,094	,855	16	,016
	2º Ciclo	,283	4	.	,862	4	,269
	3º Ciclo	,254	7	,193	,829	7	,078
	Ensino Secundario	,267	10	,043	,833	10	,036
	Ensino Superior	,165	12	,200 [*]	,892	12	,123
Percepção da exclusão social: potência	1°Ciclo	,194	16	,110	,914	16	,135
	2º Ciclo	,262	4	.	,860	4	,262
	3º Ciclo	,270	7	,131	,915	7	,429
	Ensino Secundario	,168	10	,200 [*]	,935	10	,503
	Ensino Superior	,161	12	,200 [*]	,926	12	,338

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

1. Testes estatísticos
Quadro 31 – Fatores consoante género

Descriptive Statistics

Genero	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	
Feminino	Percepção da doença: avaliativo	30	22	46	39,40	10,727
	Percepção da doença: potência	30	50	80	66,20	8,934
	Percepção da si: avaliativo	30	11	32	21,60	8,764
	Percepção de si: potência	30	19	46	33,70	5,700
	Percepção da exclusão social: avaliativo	29	11	35	19,74	7,988
	Percepção da exclusão social: potência	29	13	46	31,47	9,134
	Valid N (listwise)	29				
	Percepção da doença: avaliativo	20	16	46	32,50	12,597
Masculino	Percepção da doença: potência	20	50	80	60,80	9,457
	Percepção da si: avaliativo	20	14	32	23,75	8,309
	Percepção de si: potência	20	25	40	31,15	4,614
	Percepção da exclusão social: avaliativo	20	11	35	22,25	10,039
	Percepção da exclusão social: potência	20	15	40	28,82	6,717
	Valid N (listwise)	20				

Quadro 32 – Testes *Mann-Whitney*

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Percepção da doença: avaliativo is the same across categories of Genero.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,051	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Percepção da doença: potência is the same across categories of Genero.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,037	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of Percepção da avaliativo is the same across categories of Genero.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,313	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Percepção de potência is the same across categories of Genero.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,060	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Percepção da exclusão social: avaliativo is the same across categories of Genero.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,365	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 33 – Teste *t student* para duas amostras independentes

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Percepção da exclusão social: potência	Equal variances assumed	2,069	,157	1,102	47	,276	2,641
	Equal variances not assumed			1,166	46,759	,250	2,641

Quadro 34 – Fatores consoante escalão etário

Descriptive Statistics						
idade_intervalos	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	
<20 Anos	Percepção da doença: avaliativo	1	46	46	46,00	.
	Percepção da doença: potência	1	68	68	68,00	.
	Percepção da si: avaliativo	1	32	32	32,00	.
	Percepção de si: potência	1	28	28	28,00	.
	Percepção da exclusão social: avaliativo	1	29	29	29,00	.
	Percepção da exclusão social: potência	1	18	18	17,50	.
	Valid N (listwise)	1				
21-30 Anos	Percepção da doença: avaliativo	10	22	46	38,80	11,593
	Percepção da doença: potência	10	50	80	62,60	9,980
	Percepção da si: avaliativo	10	11	32	22,40	9,359
	Percepção de si: potência	10	25	46	33,70	6,848
	Percepção da exclusão social: avaliativo	10	13	35	23,75	8,867
	Percepção da exclusão social: potência	10	16	43	29,20	9,638
	Valid N (listwise)	10				
31-40 Anos	Percepção da doença: avaliativo	11	16	46	34,55	13,269
	Percepção da doença: potência	11	50	80	63,64	9,330
	Percepção da si: avaliativo	11	11	32	19,18	8,171
	Percepção de si: potência	11	28	40	33,45	3,503
	Percepção da exclusão social: avaliativo	11	11	35	18,09	9,002
	Percepção da exclusão social: potência	11	13	39	31,41	7,006
	Valid N (listwise)	11				
41-50 Anos	Percepção da doença: avaliativo	8	22	46	36,25	11,973
	Percepção da doença: potência	8	56	80	64,25	8,447

Doença mental: Percepção da família

	Percepção da si: avaliativo	8	14	32	22,25	8,447
	Percepção de si: potência	8	19	40	30,25	7,649
	Percepção da exclusão social: avaliativo	7	13	28	18,07	6,288
	Percepção da exclusão social: potência	7	16	46	31,21	9,223
	Valid N (listwise)	7				
	Percepção da doença: avaliativo	7	22	46	39,14	11,711
	Percepção da doença: potência	7	50	80	65,43	12,421
51-60 Anos	Percepção da si: avaliativo	7	14	32	20,86	8,071
	Percepção de si: potência	7	25	40	32,71	5,707
	Percepção da exclusão social: avaliativo	7	11	29	17,00	7,984
	Percepção da exclusão social: potência	7	24	37	28,21	4,192
	Valid N (listwise)	7				
	Percepção da doença: avaliativo	8	22	46	31,00	12,421
	Percepção da doença: potência	8	50	68	62,00	7,171
61-70 Anos	Percepção da si: avaliativo	8	14	32	26,00	8,485
	Percepção de si: potência	8	25	37	33,25	3,495
	Percepção da exclusão social: avaliativo	8	13	35	22,63	8,737
	Percepção da exclusão social: potência	8	21	43	33,63	9,546
	Valid N (listwise)	8				
	Percepção da doença: avaliativo	5	22	46	41,20	10,733
	Percepção da doença: potência	5	50	80	68,00	12,728
>71 Anos	Percepção da si: avaliativo	5	14	32	24,80	9,859
	Percepção de si: potência	5	28	40	32,80	5,020
	Percepção da exclusão social: avaliativo	5	11	35	25,10	12,214
	Percepção da exclusão social: potência	5	15	39	29,80	9,744
	Valid N (listwise)	5				

Quadro 35 – Testes *Kruskall-Wallis*

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Percepção da doença: avaliativo is the same across categories of idade_intervalos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,643	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Percepção da doença: potência is the same across categories of idade_intervalos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,960	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Percepção da si: avaliativo is the same across categories of idade_intervalos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,510	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Percepção de si: potência is the same across categories of idade_intervalos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,882	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Percepção da exclusão social: avaliativo is the same across categories of idade_intervalos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,313	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Percepção da exclusão social: potência is the same across categories of idade_intervalos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,613	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Quadro 36 – Fatores consoante ocupação profissional

Descriptive Statistics

Ocup_profi	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	
2ºSector	Percepção da doença: avaliativo	21	22	46	36,57	11,784
	Percepção da doença: potência	21	50	80	63,14	8,822
	Percepção da si: avaliativo	21	11	32	20,43	8,447
	Percepção de si: potência	21	22	46	31,57	5,819
	Percepção da exclusão social: avaliativo	21	11	35	18,71	7,697
	Percepção da exclusão social: potência	21	13	46	29,57	8,056
	Valid N (listwise)	21				
3ºSector	Percepção da doença: avaliativo	6	16	46	33,00	14,408
	Percepção da doença: potência	6	50	80	63,00	11,645

Doença mental: Percepção da família

	Percepção da si: avaliativo	6	11	32	19,50	9,752
	Percepção de si: potência	6	28	43	35,50	5,282
	Percepção da exclusão social: avaliativo	6	11	35	18,50	9,581
	Percepção da exclusão social: potência	6	18	39	30,75	7,614
	Valid N (listwise)	6				
	Percepção da doença: avaliativo	4	46	46	46,00	,000
	Percepção da doença: potência	4	50	68	60,50	9,000
Estudante	Percepção da si: avaliativo	4	14	32	26,00	8,485
	Percepção de si: potência	4	28	37	33,25	3,775
	Percepção da exclusão social: avaliativo	4	13	29	20,75	6,982
	Percepção da exclusão social: potência	4	16	43	25,00	12,430
	Valid N (listwise)	4				
	Percepção da doença: avaliativo	8	22	46	37,00	12,421
Dempregado	Percepção da doença: potência	8	56	80	68,00	9,621
	Percepção da si: avaliativo	8	14	32	24,13	6,978
	Percepção de si: potência	8	19	40	31,75	7,126
	Percepção da exclusão social: avaliativo	7	11	35	24,93	9,515
	Percepção da exclusão social: potência	7	28	37	31,86	4,404
	Valid N (listwise)	7				
Reformado	Percepção da doença: avaliativo	11	22	46	35,09	12,534
	Percepção da doença: potência	11	50	80	64,73	10,169
	Percepção da si: avaliativo	11	14	32	25,45	9,081
	Percepção de si: potência	11	28	40	33,73	3,409
	Percepção da exclusão social: avaliativo	11	11	35	23,27	10,645
	Percepção da exclusão social: potência	11	15	43	32,77	9,483
	Valid N (listwise)	11				

Quadro 37 – Testes Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Percepção da doença: avaliativo is the same across categories of Ocup_profis.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,501	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Percepção da doença: potência is the same across categories of Ocup_profis.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,711	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Percepção da doença: avaliativo is the same across categories of Ocup_profis.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,305	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Percepção da doença: potência is the same across categories of Ocup_profis.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,477	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Percepção da exclusão social: avaliativo is the same across categories of Ocup_profis.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,469	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Percepção da exclusão social: potência is the same across categories of Ocup_profis.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,541	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 38 – Fatores consoante grau de escolaridade

Descriptive Statistics

Escolaridade		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1ºCiclo	Percepção da doença: avaliativo	17	22	46	35,76	11,956
	Percepção da doença: potência	17	50	80	63,76	10,121
	Percepção da doença: avaliativo	17	14	32	26,00	8,485
	Percepção da doença: potência	17	19	40	31,88	5,689
	Percepção da exclusão social: avaliativo	16	11	35	21,03	9,210
	Percepção da exclusão social: potência	16	24	43	32,69	6,750
	Valid N (listwise)	16				
2º Ciclo	Percepção da doença: avaliativo	4	22	46	40,00	12,000
	Percepção da doença: potência	4	56	80	69,50	10,247
	Percepção da doença: avaliativo	4	14	20	17,00	3,464
	Percepção da doença: potência	4	25	37	33,25	5,679
	Percepção da exclusão social: avaliativo	4	11	35	21,88	11,961
	Percepção da exclusão social: potência	4	28	39	33,25	5,268

Doença mental: Percepção da família

	Valid N (listwise)	4				
	Percepção da doença: avaliativo	7	22	46	35,71	12,829
	Percepção da doença: potência	7	56	68	60,29	5,707
	Percepção da si: avaliativo	7	11	32	20,86	8,611
3° Ciclo	Percepção de si: potência	7	25	40	31,43	5,593
	Percepção da exclusão social: avaliativo	7	13	35	23,43	10,089
	Percepção da exclusão social: potência	7	13	46	26,71	11,919
	Valid N (listwise)	7				
	Percepção da doença: avaliativo	10	22	46	36,40	12,394
	Percepção da doença: potência	10	50	80	65,60	9,879
	Percepção da si: avaliativo	10	11	32	18,20	7,099
Ensino Secundário	Percepção de si: potência	10	25	46	32,50	6,364
	Percepção da exclusão social: avaliativo	10	11	34	18,20	7,836
	Percepção da exclusão social: potência	10	15	39	29,50	6,892
	Valid N (listwise)	10				
	Percepção da doença: avaliativo	12	16	46	37,50	12,653
	Percepção da doença: potência	12	50	80	63,50	9,950
	Percepção da si: avaliativo	12	11	32	23,75	9,324
Ensino Superior	Percepção de si: potência	12	28	43	34,50	4,210
	Percepção da exclusão social: avaliativo	12	11	35	20,63	8,472
	Percepção da exclusão social: potência	12	16	43	29,25	9,505
	Valid N (listwise)	12				

Quadro 39 – Testes *Kruskall-Wallis*

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Percepção da doença: avaliativo is the same across categories of Escolaridade.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,963	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Percepção da doença: potência is the same across categories of Escolaridade.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,811	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Percepção da doença: avaliativo is the same across categories of Escolaridade.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,128	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Percepção da doença: potência is the same across categories of Escolaridade.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,863	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Percepção da exclusão social: avaliativo is the same across categories of Escolaridade.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,834	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 40 – Teste *One-Way ANOVA*

ANOVA

Percepção da exclusão social: potência

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	235,267	4	58,817	,851	,501
Within Groups	3040,366	44	69,099		
Total	3275,633	48			