

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



AS ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL  
FACE AOS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA NA DOENÇA MENTAL  
NO CONTEXTO PÚBLICO E PRIVADO

Marta Filipa Charrua Baptista

**Nº 11095**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

**2008**



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

AS ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL  
FACE AOS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA NA DOENÇA MENTAL  
NO CONTEXTO PÚBLICO E PRIVADO

**Marta Filipa Charrua Baptista**

Dissertação orientada por Prof. Dr. José Ornelas

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Dr. ° José Ornelas, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 Setembro, 2006.



## **Agradecimentos**

Sem a colaboração e apoio de um conjunto amplo de pessoas, a minha dissertação de mestrado não teria alcançado os objectivos definidos, que desde o início me propus atingir.

Presto agradecimento a todas essas pessoas e em especial ao Prof. Doutor José Ornelas, supervisor do Seminário de Dissertação de Mestrado Integrado no ISPA, pelas suas direcções, pela motivação presente e demonstrada sobre o meu trabalho e pela confiança para ir sempre mais além na busca do conhecimento.

Agradeço à Mestre Fátima Monteiro pela dedicação à área da ajuda mútua e o interesse apresentado nos trabalhos dentro deste âmbito, não esquecendo todo o seu apoio.

Por fim, não poderia esquecer a Mestre Maria João Moniz, coordenadora da Formação e Avaliação dos Serviços da AEIPS, pelo seu empenho na orientação e acompanhamento da investigação no início do meu percurso que era à partida um trabalho monográfico.

Agradeço a todos os profissionais da AEIPS que, de vários modos, se disponibilizaram não só no apoio teórico mas em intervenções práticas como participantes no estudo e, também, a todas as outras Associações (Associação Rumo; Associação Persona e Associação Fernando Ilharco), Hospitais (Hospital Psiquiátrico de São Bernardo; Hospital de Santa Maria) e Clínicas (Clínica Psiquiatra de São José) as quais fazem parte da amostra deste estudo.

À minha família e amigos, principalmente aos meus pais, Olga e Fernando Baptista e a Isabel Carvalho, Marta Lopes, La – Salete Rodrigues, Sandra Rodrigues e Paulo Marques pela motivação sempre recebida para continuar e findar o objectivo que tal como meu desejo parecia uma continuidade já dos seus desejos, pois seria um findar de uma etapa e um começo de uma nova.



## **DÁ-ME A MÃO**

Em frente do Sul  
Dá-me e dá-me a mão  
Olha o dia  
Dá-me a tua mão.

Fecha a porta  
Fecha-a bem  
Não quero o nosso silêncio  
Perturbado por ninguém.

A revolta que nasce  
No tempo que passa  
Dá-me a tua mão  
Mostra a tua raça.

E não deixes nunca  
De lutar por ela  
De todas no mundo  
Ela é a mais bela.

A tua raça  
Que é minha também  
Mesmo em frente do Sul  
Temos que mostrar  
Que somos pessoas  
Que somos alguém...

Escrito por Tó Zé Santana, “utente” do  
Hospital Psiquiátrico de Júlio de Matos

## Resumo

Esta tese insere-se no contexto da psicologia comunitária, onde se inclui o tema da ajuda mútua, que se encontra inscrita no suporte *inter pares*, para pessoas com experiência em doença mental. Deste modo, irei desenvolver o tema da psicologia comunitária e do suporte *inter pares*, destacando os grupos de ajuda mútua em relação ao seu contributo para pessoas com experiência em doença mental, não esquecendo a opinião dos profissionais face a estes grupos.

Este estudo teve como objectivo o conhecimento, opinião e atitudes dos profissionais de saúde mental, face aos grupos de ajuda mútua, inseridos no contexto público e privado tendo ou não tido contacto com grupos de ajuda mútua a quando da recolha dos questionários.

Pretendeu-se conhecer a familiaridade; o encaminhamento; o centrismo profissional; as vantagens/ desvantagens; a importância dos grupos de ajuda mútua e os conhecimentos por parte dos profissionais de saúde face aos grupos de ajuda mútua. E ainda se tentou verificar em que medida os profissionais acreditam no processo recovery, através dos grupos de ajuda mútua.

Na recolha e análise dos dados foi seguido o método quantitativo e utilizado como instrumento o questionário “ Conhecimento e Opinião sobre Grupos de Ajuda Mútua constituídos por Pessoas com Experiência de Doença Mental” (Traduzido e adaptado de Chinman, Kloss, O’Connell & Davidson, (2002) pelo grupo de investigação sobre ajuda mutua sob orientação de Fátima Monteiro).

A principal conclusão sustenta que existe, ainda, pouca familiaridade com estes grupos de suporte.

Algumas limitações sobre este estudo referem-se ao questionário aplicado.

**Palavras-Chave:** Psicologia Comunitária; Suporte *Inter pares*; Ajuda mútua; Doença Mental; Profissionais

## *Abstract*

This thesis is inserted in the context of communitarian psychology, where if it includes the subject of the mutual aid, that is enrolled in the *inter pares* support, for people with experience in mental illness. In this way, I will go to develop the subject of communitarian psychology, of the *Inter pares* support detaching the groups of mutual aid in relation to it's contribute for people with experience in insanity, not forgetting the opinion professional them face to these groups.

This study it had as question of Inquiry the knowledge, opinion and attitudes of the behaviours of the professionals of health in the field of the mental health, face to the groups of mutual aid, inserted in the context public or private having or had contact with groups of aid it does not lend when of the retraction of the questionnaires.

It was intended to know the familiarity; the guiding; the professional centrism; the advantages disadvantages; the importance of the groups of aid lends in terms of recovery and the knowledge on the part of the professionals of health face to the groups of mutual aid.

In the retraction and analysis of the data the quantitative method was followed, and used as instrument "Knowledge and Opinion on Groups of Aid Lends constituted of People with Experience of Insanity" (Translated and adapted of Chinman, Kloss, `Connell & Davidson, (2002) for the group of inquiry on aid lends under orientation of Fátima Monteiro).

The main conclusions support that still little familiarity exists face to these groups of support.

Some limitations on this study mention the applied questionnaire to it.

**Key-Words:** Psychology Communitarian; Support *Inter pares*; Mutual-help; Mental illness; Professionals.



## Índice

<b>I – Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>II – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>4</b>
2.1- Psicologia Comunitária.....	4
2.1.1-Suporte <i>Inter pares</i> : Desinstitucionalização.....	4
2.1.2-Suporte <i>Inter pares</i> : <i>Empowerment e Recovery</i> .....	7
2.2-Suporte <i>Inter pares</i> .....	13
2.2.1-Suporte <i>Inter pares</i> : Suporte Social.....	13
2.3- Ajuda Mútua.....	17
2.3.1-Organizações e Grupos de Ajuda Mútua.....	17
2.3.1.1-História dos Grupos de Ajuda Mútua (G.A.M) .....	22
2.3.2-Serviços Dirigidos e Prestados por Pares.....	25
2.3.3-Benefícios das Organizações/Grupos de Ajuda Mútua e Serviços de Pares.....	28
2.3.3.1-Benefícios dos G.A.M para a Doença Mental.....	33
2.3.4-Organizações/Grupos de Ajuda Mútua e Serviços de Pares em Portugal.....	36
2.4- Os Profissionais de Saúde Mental .....	40
2.4.1-Os Profissionais e os Grupos de Ajuda Mútua .....	42
2.4.2-Os Profissionais Comunitários e os Grupos de Ajuda Mútua na D.M. ....	45
<b>III – Método.....</b>	<b>50</b>
3.1- Caracterização dos Participantes e Método de Amostragem do Estudo.....	50
3.2- Delineamento do Estudo.....	60
3.3- Instrumentos do Estudo.....	64
3.4- Procedimento do Estudo.....	66
3.5-Variáveis Dependentes do Estudo.....	70
<b>IV – Apresentação e Análise dos Resultados .....</b>	<b>72</b>
<b>V – Discussão .....</b>	<b>84</b>

**VI – Conclusão .....97**

**VI – Referências Bibliográficas.....100**

**VII – Anexos .....111**

### Lista de Anexos

ANEXO A: Questionário versão Traduzida.....	112
ANEXO B: Questionário versão Original.....	123
ANEXO C: Carta de Consentimento Informado.....	136
ANEXO D: Descrição do Método: uma teoria sobre o Estudo Correlacional.....	139

### Lista de Figuras

FIGURA 1: O <i>sexo</i> dos profissionais.....	51
FIGURA 2: A <i>idade</i> dos participantes/ profissionais.....	51
FIGURA 3: O <i>contexto</i> profissional (público/privado).....	52
FIGURA 4: As <i>profissões</i> mais significativas da amostra.....	53
FIGURA 5: Anos de <i>experiência profissional no mesmo local</i> .....	54
FIGURA 6: Anos de <i>experiência profissional</i> .....	54
FIGURA 7: Ligação <i>familiar com a doença mental</i> .....	55
FIGURA 8: Ligação <i>pessoal com a doença mental</i> .....	55
FIGURA 9: <i>Participação</i> do profissional <i>enquanto membro, em algum GAM</i> .....	56
FIGURA 10: <i>Colaboração</i> do profissional <i>com algum GAM</i> .....	57
FIGURA 11: <i>Formação</i> do profissional <i>sobre os GAM`s</i> .....	57

FIGURA 12: Variáveis dependentes do estudo.....	70
FIGURA 13: A correlação da variável <i>contexto</i> (público/privado) com as variáveis dependentes do estudo.....	73
FIGURA 14: A correlação da variável <i>profissão</i> com as variáveis dependentes do estudo....	75
FIGURA 15: A correlação da variável <i>da ligação pessoal com o tema do estudo (Formação)</i> sobre o processo <i>recovery</i> .....	77
FIGURA 16: A correlação da variável <i>da ligação pessoal com o tema do estudo (Formação)</i> sobre a <i>familiaridade</i> .....	78
FIGURA 17: A correlação da variável <i>da ligação pessoal com o tema do estudo (participação)</i> sobre a <i>familiaridade</i> e o processo <i>recovery</i> .....	78
FIGURA 18: A correlação da variável <i>da (colaboração)</i> sobre a <i>familiaridade</i> o processo <i>recovery</i> e <i>frequência de encaminhamento</i> .....	79
FIGURA 19: A correlação da variável <i>da ligação pessoal à problemática com a frequência de encaminhamento de membros</i> .....	80
FIGURA 20: A correlação da variável <i>da ligação pessoal à problemática, (foi hospitalizado ou ficou em tratamento)</i> com a <i>frequência de encaminhamento de novos membros</i> .....	81

## I – Introdução

O tema deste estudo a *Ajuda Mútua* surgiu no início do ano lectivo (2006/2007). Nesse ano foi realizada uma reunião aberta a todos os membros da A.E.I.P.S (Associação para o Estudo e Integração Psicossocial) com a participação dos profissionais dirigentes, na qual foi elaborado um conjunto de temas de investigação, que os membros propuseram, pois sentiam grande necessidade em serem estudados.

Surgiram vários temas naquela reunião, pela participação activa dos membros, e um dos temas referidos foi o da ajuda mútua. Mas se no início, o meu intuito, era aderir ao tema da visão das pessoas com experiência em doença mental sobre os grupos de ajuda mútua (G.A.M.), depois de algum tempo de reflexão decidi ingressar no grupo Ajuda Mútua e integrar-me no projecto de Doutoramento que a Doutora Fátima Monteiro estava a elaborar e o meu trabalho ficou desta forma voltado para a visão dos profissionais e não para a visão das pessoas com experiência em doença mental sobre os grupos de ajuda mútua. Foi deste modo que surgiu o tema central de investigação “As atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde mental face aos grupos de ajuda mútua na doença mental no contexto público e privado”.

As questões de investigação, levantadas, em relação ao tema, tiveram como objectivo entender como o profissional se relaciona com estes tipos de grupos, ou seja, se é de forma complementar ou de forma concorrente, se existe alguma falta de formação nesta área, se continua a existir um grande centrismo profissional, se existe diferenças entre os profissionais que têm contextos de trabalho diferentes e por fim se o *recovery* é entendido como processo alcançável através dos grupos de ajuda mútua, na visão profissional.

Deste modo, estas questões são pertinentes porque podem ser um dos motivos ao entrave do suporte *inter pares* e conseqüentemente à relação de colaboração entre profissionais e grupos de ajuda mútua, pois segundo o modelo médico que insinua superioridades do dador e não do receptor, não existe uma reciprocidade na relação entre eles tendo, deste modo, a desvantagem de não entender bem a problemática com a qual o sujeito vive no quotidiano, não transmitindo métodos com os quais os clientes possam encarar o seu problema sem dependência de pessoas externas “Ao grau que toda a sabedoria é vista para residir no profissional, há uma perda de sabedoria que vem de apreender como lidar com o dia a dia”, por outro lado, os grupos de ajuda mútua permitem a igualdade entre os elementos dos

grupos e são uma forma de acção colectiva, de redução da falta de poder social vs excesso de vulnerabilidade social patente no doente mental.

Assim, pretendeu-se conhecer a percepção dos técnicos sobre a sua satisfação/colaboração, em redor do suporte dos grupos de ajuda mútua prestado e recebido pelos seus pacientes e ainda verificar conhecimentos de intervenção para que possam dar aos grupos de ajuda mútua um papel mais relevante e eficaz no processo *recovery*.

Tornar-se -ia uma mais valia, existir um complemento entre os profissionais e os grupos de ajuda mútua para a continuidade de um processo complementar entre estes dois tipos de apoio, que são ambos benéficos para o doente com experiência em doença mental. Para isso, foi fundamental conhecer a bibliografia sobre o suporte *inter pares*, mais especificamente a área da ajuda mútua em pessoas com experiência em doença mental. Foi, também, importante ter em conta estudos de investigação, de projectos e programas já existentes, sobre a visão dos profissionais face a estes grupos nesta população específica.

A recensão bibliográfica faz referência aos aspectos teóricos do suporte *inter pares*, mais precisamente aos grupos de ajuda mútua, à importância dos grupos de ajuda mútua no contexto da pessoa com doença mental, à visão dos profissionais sobre esses grupos e a programas e estudos de investigação realizados neste campo.

Procurou-se também, com base na literatura, clarificar conceitos como a psicologia comunitária, o “recovery”, o “empowerment” e a experiência em doença mental.

Os participantes do presente estudo foram profissionais no campo da saúde mental, que se dispuseram a contribuir para este trabalho, através da resposta aos questionários utilizados na recolha de dados informativos.

Esperando-se que com esta experiência tenha havido ganhos para os profissionais que acabaram por ter contacto com a informação sobre a área dos grupos de ajuda mútua, pois provavelmente terão tido maior necessidade em entender o valor destes grupos e verificar, também, a importância destes na área da saúde mental; em relação aos grupos de ajuda mútua acabou por ser benéfico devido a uma maior compreensão e por fim, para mim como futura psicóloga conhecedora destes grupos de apoio será mais um conhecimento adquirido e se possível posto em prática na minha vida profissional adoptando uma vertente tendo por base pressupostos comunitários.

Por todas estas razões apresentadas, considero que é importante investigar a visão dos profissionais de saúde e dos grupos de ajuda mútua em pessoas com experiência em

doença mental, e considero que o estudo pode ser uma mais valia para o desenvolvimento do tema e responder a eventuais necessidades/informações aos profissionais e uma maior complementaridade entre os grupos de ajuda mútua e os profissionais.

A revisão de literatura abrangeu áreas consideradas relevantes para este estudo de investigação. Começou-se, em primeiro, por resolver aspectos teóricos gerais sobre o suporte *inter pares*, depois aprofundou-se a questão da ajuda mútua na população específica das pessoas com doença mental, fazendo-se a ligação à visão dos profissionais sobre este tipo de grupos. No entanto foi existindo clarificação de conceitos e revisão de artigos sobre programas baseados neste tipo de tema.

Por último foram apresentadas questões de investigação, tendo em conta a revisão de estudos de investigação realizados na área dos grupos de ajuda mútua na população de pessoas com doença mental e os aspectos teóricos e metodológicos da investigação correlacional.

## II – Enquadramento Teórico

Antes de aprofundar o suporte *inter pares*, mais especificamente, os grupos de ajuda-mútua e a percepção dos profissionais sobre os mesmos, será necessário entender a emergência das origens da psicologia comunitária por parte da sociedade, através de uma breve apresentação da história e evolução, na qual iremos verificar a importância crucial da psicologia comunitária na ligação à desinstitucionalização até à presença do suporte *inter pares* onde se encontram inseridos os grupos de ajuda mútua (GAM).

**“A prática da psicologia comunitária  
é então entrelaçada com a expressão local da comunidade,  
... a palavra comunidade significa que os cidadãos  
são parceiros iguais e colaborativos”**  
(Kelly,1990)

### 2.1 Psicologia Comunitária

#### 2.1.1 - Suporte *Inter pares*: Desinstitucionalização

Sendo o meu trabalho sobre os grupos de ajuda mútua, é de extrema importância aprofundar as origens deste tipo de grupos, que surgiram na comunidade, não podendo esquecer no entanto a psicologia comunitária, área que se tem focalizado na criação de serviços (por ex. GAM) adequados às populações socialmente excluídas e que, também, tem promovido movimentos relacionados com a ajuda mútua de forma a desenvolver mudanças sociais e comunitárias.

A psicologia comunitária surgiu no início dos anos 60, mais precisamente em 1965, num período complexo, face aos vários movimentos sociais que apareceram nessa época, entre os quais, o movimento das mulheres e na área da saúde, o movimento pelos direitos das pessoas com deficiência e doença mental.

Todos estes movimentos lutavam contra a estigmatização das pessoas em “desvantagem” e procuravam a igualdade, oportunidade e reconhecimento dos direitos destas pessoas na sociedade, em que estavam inseridas (Ornelas, 2008).

Foram os movimentos atrás referidos e a tomada de consciência sobre as condições desumanas em que funcionavam os hospitais psiquiátricos (Goffman, 1961), que fizeram surgir nos E.U.A, um movimento reparador a nível social, a desinstitucionalização.

A desinstitucionalização foi um movimento que consistiu em retirar as pessoas das grandes instituições psiquiátricas, principalmente as que necessitavam de cuidados prolongados, uma vez que eram consideradas as responsáveis pelo surgimento e não resolução dos problemas emocionais (Rappaport, 1990) das pessoas inseridas nesses contextos.

Todo o processo da desinstitucionalização veio, deste modo, diminuir a estigmatização, através do desencadear de dois movimentos: por um lado a saída dos doentes psiquiátricos dos hospitais e por outro a substituição do tratamento tradicional hospitalar, pelo tratamento através do suporte da comunidade (Arranz, 1989). Esta substituição surgiu, também, com um outro movimento denominado de anti-psiquiatria. Este movimento criticava o poder totalitário dos serviços tradicionais, como consequência do descontentamento, dos doentes, com o tipo de assistência que recebiam por parte dos terapeutas.

Com todas estas experiências vivenciadas de forma negativa, por parte, das pessoas em “desvantagem” e estigmatizadas socialmente, sentia-se cada vez mais a necessidade de existirem alternativas de suporte relacionadas com a sociedade, procurando diminuir a distância entre as pessoas com dificuldades a nível emocional e as suas famílias, redes sociais, amigos e vizinhança (Rappaport, 1990). Mas apesar da existência dessa necessidade social, muitas das famílias não tinham condições para cuidar, nem tinham suportes adequados ás necessidades destas pessoas.

Em resposta a esta lacuna social, começaram a surgir na comunidade organizações de interajuda, que demonstravam ser uma alternativa congruente com os objectivos da desinstitucionalização e com as realidades económicas e políticas vivenciadas na época (Julian Rappaport, 1990).

Estas organizações intituladas de grupos de suporte e dirigidas por “consumidores”, tinham por base valores aliados à ajuda mútua e *empowerment* (Potter, 2007), e procuravam demonstrar que as pessoas com doença mental, também, podiam desempenhar papéis activos na sociedade em geral e nas suas vidas em particular.

Deste modo, através do movimento de autonomia e construção comunitária do *empowerment* dos consumidores, o suporte *inter pares* entre pessoas com doença mental foi tido

em conta, nomeadamente, a partir dos anos 90. Nesta época surgiu a ideia de que estas pessoas podiam oferecer a outras com a mesma problemática, suporte emocional, encorajamento e esperança, constituídos em princípios de respeito, partilha de responsabilidades e acordo mútuo.

Fundamentalmente, esta reciprocidade de dar e receber ajuda, criava oportunidades de se ajudarem a si ajudando os outros (Riessman, 1990), surgindo estratégias de coping mais activas para a resolução de problemas, pelo conhecimento experimental de outros (Powell e Cameron, 1991).

Assim, toda a ajuda era estabelecida numa relação empática, onde se partilhava o sofrimento emocional e psíquico, levando as pessoas a experimentarem afiliação com outras e, também, a sentirem uma compreensão profunda baseada na experiência mútua, sendo capazes de estar com outras sem se sentirem constrangidas. Todo o relevo estava presente no reconhecimento dos esforços individuais, assim como na diversidade dos sujeitos que dele participavam, ao contrário dos défices que eram postos à margem (Mead et al, 2001).

Podemos, então, definir que o suporte *inter pares* desde os anos 90 até aos nossos dias, se tem baseado em princípios da igualdade, entre os pares; em princípios de ajuda; em bases de *empowerment* e *advocacy* (oportunidades de escolha e decisão, suporte, sentimento de comunidade) e por fim, na ajuda mútua (Mead e MacNeil, 2006).

Tendo em conta todos estes aspectos, o suporte inter pares passou a ser percebido como um recurso essencial, o que levou à expansão dos grupos e organizações de ajuda mútua e *advocacy*, tanto para consumidores, como é o caso da organização *GROW*; como para familiares, como é o caso da Organização *NAMI* e também, ao desenvolvimento de programas e serviços dirigidos por consumidores (Potter; Potter e Mulkern, 2007; Davidson e colegas, 2006).

Segundo vários estudos divulgados, as organizações de interajuda (e outros programas alternativos), em termos de qualidade de vida são percebidas como tão boas ou melhores do que os serviços hospitalares, tal como em termos de sintomatologia, ajustamento social, taxas de reincidência e capacidade para viver em comunidade (Julian Rappaport, 1990).

Todos estes resultados vêm ao encontro do que Gerald Caplan (1974) tinha sustentado em relação aos suportes sociais naturais, explicando que estes desencadeavam um maior sucesso no processo de integração social, apresentando como exemplo o facto de um sujeito com doença mental conseguir ultrapassar situações de crise através do suporte proporcionado por um amigo,

familiar, ou técnico de acompanhamento (relacionado com a rede social) sem ser necessário o internamento.

Podemos concluir que os factores existentes no meio contribuem para um percurso favorável à minimização das problemáticas ligadas à saúde mental, tais como o menor número e mais curto internamento; funções sociais mais autónomas e uma menor focalização nas dificuldades de funcionamento (Beels, 1981), isto vem, também, ao encontro do que nos revela o Relatório Mundial da Saúde (2001, pp.112) que refere que “os cuidados baseados na comunidade têm melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com doença mental (...) e respeita os direitos humanos”.

Entendemos, deste modo, que para a psicologia comunitária as situações de desvantagem dos grupos mais vulneráveis não são entendidas como problemas pessoais, mas como consequência de uma complexidade de dificuldades presentes na sociedade (Ornelas, 2008), sentindo a necessidade de criar serviços apropriados para populações socialmente marginalizadas, preocupando-se com a melhoria das condições de vida dos indivíduos e as suas relações familiares e pessoais (Levine, Perkins e Perkins, 2005), sempre orientada por princípios e valores ligados ao respeito pela diversidade e contexto, justiça social, valorização de competências e participação dos cidadãos e por fim na promoção do *empowerment* e *recovery* (Ornelas, 2008).

**«Num mundo desumanizado, necessitado de bondade  
um raio de luz subsiste enquanto não depomos  
a esperança de melhorar a humanidade»**

Roque Seheneider

### 2.1.2 - Suporte *Inter pares*: *Empowerment* e *Recovery*

Tendo em conta que o *Empowerment* e o *Recovery* são princípios e valores que fazem parte da psicologia comunitária, e que são fundamentais na abordagem das questões da doença mental e dos GAM, não podem ser esquecidos enquanto processo de mudança individual e colectiva, através do qual os indivíduos, (organizações ou comunidades), desenvolvem uma maior consciência e reflexão crítica sobre o seu meio envolvente e adquirem o controle sobre as suas vidas (Rappaport, 1984).

Em todo este processo natural e auto determinativo, as pessoas podem sempre superar as suas incapacidades e apreciar as suas vidas, através do reconhecimento, da qualidade e capacidade, que têm em estabelecer relações com outros indivíduos (organizações ou comunidades) deixando de parte o sentimento de “culpabilização” e a sensação de vítimas (Perkins e Zimmerman, 1995; Ornelas, 2008).

Mas para se entender melhor o *empowerment*, este conceito é sinónimo de “competências de coping, ajuda mútua, suporte natural, organização comunitária, participação de bairro, eficácia pessoal, auto-suficiência ou auto-estima”, sendo estes conceitos todos autónomos uns dos outros (Ornelas, 2008, pp.46).

No entanto o conceito de *empowerment*, propriamente dito, tem em conta o sentido original do termo definido por Julian Rappaport, apesar deste termo ter passado para a linguagem comum assumindo inúmeros sentidos e conotações. A nível organizacional, por exemplo, tem-se vindo a falar do *empowerment* dos funcionários, mas sem qualquer intuito de partilha de poder.

Mas é segundo, Julian Rappaport (1987) que o empowerment é percebido pela psicologia comunitária, sendo entendido como “um processo ou um mecanismo através do qual as pessoas, as organizações e as comunidades podem assumir o controle sobre as suas próprias vidas” apresentando um papel activo, participativo tendo em conta o seu poder de decisão, liderança e sentido de responsabilidade.

Deste modo, o *empowerment* vai ao encontro do que se considerou na III Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental, em que a prioridade do desenvolvimento se encontra no processo, no qual os indivíduos podem assumir um papel relevante na tomada de decisões nas instituições (como os sistemas de saúde, os locais de trabalho, as organizações de vizinhança, as escolas, as congregações religiosas e a sociedade mais alargada podendo ser até em associações locais), nos programas e nos contextos que, de alguma forma os afectam.

Sendo assim, podemos dizer, que é através do aumento da participação nos processos de decisão, do desempenho de papéis relevantes no suporte aos pares e da consultoria aos serviços prestados por profissionais, que verificamos que uma maior participação e controlo geram um aumento da consciência crítica, crescimento pessoal e *recovery* (Ornelas et al.2002).

Vários trabalhos têm nos dado conta, de facto, que a participação dos cidadãos está relacionada com o aumento dos seus conhecimentos e competências de participação, segundo

McMillan, Florin, Stevenson, Kerman e Roger, citados por Ornelas (2008), igualmente (Zimmerman e Rappaport, 1988) referem que existem resultados mais elevados em *empowerment* nos sujeitos de maior índice de participação cívica.

Deste modo, os sujeitos que participam nos processos sociais e políticos da sua comunidade, apresentam um maior número de mudanças a nível individual, em relação às suas capacidades de liderança, confiança e consciência crítica (Kieffer, 1984).

A investigação sobre o *empowerment* tem, de facto, vindo a trazer outros conceitos de *empowerment* mais recentes. Mas na mesma linha, de orientação, Chamberlin (1997) refere que o *empowerment* é um estado em que o sujeito sente que possui poder de decisão, ou seja, sente que pode fazer as suas escolhas e ao mesmo tempo aprender a reflectir criticamente e a manifestar o seu desagrado. É um estado em que o sujeito conhece os seus deveres, mas também, os seus direitos e sabe que pode mudar o curso da sua vida conforme as suas opções. É uma sensação na qual o sujeito sente que, ao participar na sua comunidade, faz parte de um grupo onde é aceite e que isso contribui para a mudança da percepção dos outros sobre as suas capacidades, competências e qualidades.

Sendo assim, podemos concluir que as comunidades que não têm comportamentos estigmatizantes e que têm uma visão realista da doença mental, contribuem para melhorar as oportunidades de habitação e trabalho, destas pessoas em “desvantagem” (Corrigan, 2002). Tal como certas organizações (e.g. GROW), que têm dado um enorme contributo para o movimento do *empowerment* das pessoas com doença mental (Rappaport, 1988).

Deste modo, há contextos que são mais promotores dos processos de *empowerment*, nomeadamente os contextos que facilitam o acesso à informação ou proporcionam oportunidades de participação e liderança (Ornelas, 2008) paralelamente a outros, contextos, que não apelam à participação nem à informação, podendo ser até considerados um processo de *disempowering* segundo (Rich, Edelstein, Hallman e Wandersman, 1995) citado por (Ornelas, 2008).

Assim sendo, as organizações *empowering* são organizações que aumentam as competências e o *empowerment* dos seus membros, tal como, os grupos de ajuda mútua onde o exercício de papéis formais de responsabilidade pode ter a forma de mecanismo de *empowerment*. Isto sucede porque a base do grupo depende do contributo de todos, (Ornelas, 2007) e como está ligado a uma estrutura e organização remete para o *empowerment*

organizacional. Enquanto que o *empowerment* comunitário está mais ligado à acção colectiva para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, segundo Perkins e Zimmerman, (1995), citado por Ornelas (2008), tendo em conta as carências da comunidade para poder dar respostas eficazes, segundo Speer e Hughey (1995) citado por Ornelas, (2008).

Mas não nos podemos esquecer que o *empowerment* a um nível não leva necessariamente ao *empowerment* noutros níveis, ou seja, o sujeito pode sentir-se *empowered* num contexto e não noutro (Zimmerman, 2000b).

Para, este autor, Zimmerman (1985) o *empowerment* é um conceito que contém três dimensões: o controlo; a consciência crítica e a participação.

A dimensão do controlo, está ligada à influência que o cidadão exerce sobre as várias áreas da sua vida (família, trabalho e comunidade) e que têm a ver com a actuação sobre o seu mundo. Enquanto que a consciência crítica, se refere ao conhecimento que os sujeitos têm em analisar e questionar-se sobre a sociedade e comunidade através da experiência de vida e da relação com os outros (Kieffer, 1984). E por fim, apesar da participação estar relacionada com a consciência crítica (intervenção na sociedade), a participação tem a ver directamente com o envolvimento do sujeito com grupos de ajuda mútua, associações de consumidores e movimentos sociais que influenciam os contextos sociais (Zimmerman, 2000) e também, com o processo, pelo qual, os sujeitos tomam parte nas decisões dos contextos, nos quais cooperam (Heller et al., 1984).

Mas não se pode deixar de mencionar, que o conceito de *empowerment*, é descrito de forma diferente segundo cada autor, apesar do constructo *empowerment* ser próprio.

Deste modo, segundo Rich et al. (1995) o *empowerment* não se divide em três categorias, mas em quatro categorias: em *empowerment* formal; *empowerment* intrapessoal; *empowerment* instrumental e por fim, *empowerment* substantivo.

O *empowerment* formal, está relacionado com a participação dos cidadãos em processos de decisão. Enquanto que o *empowerment* intrapessoal está ligado à competência da pessoa, numa dada situação. Já o *empowerment* instrumental se refere à capacidade individual para participar e influenciar um processo na tomada de decisão e por fim, o *empowerment* substantivo está ligado à tomada de decisões e à sua execução.

Apesar de todas estas definições, é através do *empowerment* que se dá um crescimento pessoal, ou seja, os sujeitos *empowered* deixam de ser dependentes e passam a dirigir as suas próprias vidas como “um processo, uma forma de encarar os desafios do quotidiano...estabelecem um sentido renovado de integridade e propósito pessoal, para além da doença” (Deegan, 2002). A pessoa passa do Eu sou Doente Mental, para o Eu sou uma Pessoa mas que tem a experiência em doença mental, é como um “sentimento de confiança em si mesmo” (Chamberlin, 1997), é como que o fortalecimento pessoal do seu próprio ser.

Apesar de todo este processo de crescimento pessoal surgir do *empowerment* não podemos, de forma alguma, não falar do *recovery* sendo este a sua continuação e resultado, ou seja, a descoberta, o renascimento ou recuperação para a vida.

É com as várias experiências de recuperação relatadas, por pessoas com doença mental, que surge o conceito *recovery* nos anos 80. Os casos são muitos e para além da história mais conhecida, de Judi Chamberlin, temos o caso de Cohen.

Cohen vive “livre” de medicação contra a opinião médica e para compensar, não como substituição dos serviços tradicionais mas como parte de um “leque” de oportunidades que contribuem para o *recovery* das pessoas com doença mental, utiliza processos facilitadores como meio de alcançar o *recovery*.

Os processos adoptados por Cohen têm a ver com estilos de vida mais saudáveis (Houghton, 1982) como a arte, música, exercício físico, meditação, yoga, e também com redes sociais de suporte, como a participação em grupos de ajuda mútua, onde tem a possibilidade de tomar decisões (Nec, 2006).

Tal como Cohen, existem outros relatos, enquanto consumidores, (Lovejoy, 1982; Unzicker, 1989) citados por (Ornelas, 2008) que referem ter encontrado esperança no contacto com outras pessoas em igualdade de circunstâncias e na partilha de experiências comuns. Mais uma vez se verifica que os grupos de ajuda mútua facilitam um maior desenvolvimento do *recovery*, através de uma maior consciência de grupo.

Outras descrições, têm dado mais importância às questões relacionadas com valores de amizade, esperança, suporte *inter pares* entre outros (Mead e Copeland, 2000; Pierce, 2004), mostrando que o apoio de outras pessoas que acreditam e não desistem delas é um factor crucial para o *recovery* (Deegan, 1988).

Deste modo, devido à existência de muitas definições dadas por autores e consumidores sobre o que é o *recovery* e como viveram o *recovery*, não existe uma definição universal. Podemos no entanto mencionar que o *recovery* é activo tendo em conta a individualidade e poder de decisão de cada um, tomando este a responsabilidade sobre aquilo que lhe diz respeito (Jacobson e Curtis, 2000).

Segundo vários estudos longitudinais, realizados internacionalmente nos últimos 30 anos, o *recovery* atinge taxas que se situam entre 49 e 68 % (Anthony e Chamberlin, 2005) e são os factores como a participação, o desempenho de papéis significativos na comunidade e, fundamentalmente, o suporte *inter pares* os princípios fundamentais para o processo *recovery*.

Podemos concluir, deste modo, que os estímulos sociais de suporte têm efeitos positivos e proporcionam um desenvolvimento normal, desde diminuir o tempo de redução de uma doença (Kiritz e Moss, 1974) até ao aumento de competências e aprendizagem, podendo o sujeito, posteriormente, vir a servir de suporte social a outros (Ornelas, 2008).

## 2.2 Suporte *Inter pares*

Importa saber que, para esta investigação, teve que se ter em conta o estudo do suporte social, na área da saúde mental, não esquecendo a sua ligação ao suporte *inter pares*. Embora o intuito do trabalho tenha como objectivo principal o conhecimento da classe profissional de saúde mental face a estes grupos de ajuda mútua, senti que seria uma mais valia clarificar conceitos e valores sobre o suporte *inter pares*, mais concretamente, sobre os grupos de ajuda mútua (GAM), presentes na população específica das pessoas com doença mental, dando ênfase à sua relação com o suporte social.

**«Como as pessoas melhoram  
depois que começamos a gostar delas!»**

Grayon

### 2.2.1 - Suporte *Inter pares*: Suporte Social

Camus & Pogniez (1904) verificaram que os seus pacientes ao partilharem as grandes enfermarias comunais, evoluíam mais favoravelmente que os outros em quartos particulares, concluindo que a diferença de resultados adivinha do benefício da companhia dos outros. A procura do outro pode estar ligada à necessidade de segurança, à procura de serem aceites e protegidos, ou seja, de serem reconhecidos como alguém; à necessidade de terem novas experiências com outros; à necessidade de serem desejados, de terem afecto, apreço e amor.

É neste contexto, de assegurar estas necessidades humanas, que surgiu o suporte *inter pares*, ou suporte entre pares, que ocorre naturalmente, de forma informal e espontânea, através do qual as pessoas se juntam para se ajudarem entre si para tratar os problemas ou preocupações comuns baseados num sistema de dar e receber ajuda, assentes em princípios de respeito, responsabilidade partilhada e concordância sobre o que é benéfico, segundo Davidson et al. (citados por Tse, Doughty e Bristol, 2004).

Sendo assim, o suporte *inter pares*, é considerado psicossocialmente benéfico para pessoas com perturbação mental grave, sendo esta ideia sustentada pelas teorias do suporte social, pelas teorias de ajuda e conhecimento experimental (Salzer e Shear, 2002).

Deste modo, as teorias do Suporte Social pressupõem a disponibilidade por parte das pessoas em quem confiamos, e que se preocupam e ajudam, a ir ao encontro das nossas necessidades psicossociais (Solomon, 2004).

Assim, o suporte social é percebido, também, como um suporte natural, composto por grupos de apoio não profissionais, como a família, os amigos, os vizinhos, as associações de bairro, os grupos de ajuda mútua entre outros, mas que são decisivos no melhoramento do doente e da pessoa afectada (Lieberman, 1993). Segundo Ornelas (2008), são as relações de suporte que actuam como alicerces, para os sujeitos, quer a nível físico, quer a nível emocional.

Podemos dizer, deste modo, que o suporte social contribui para uma adaptação do sujeito ao meio que o rodeia quer a nível emocional, instrumental, informativo, motivacional ou até mesmo do companheirismo social.

O Suporte a nível emocional surge na relação com outrem, com quem se possa falar sobre os problemas. O outro deve ser alguém disponível com o qual o sujeito sinta confiança, contrariando efeitos negativos face à sua auto-estima e sentindo-se aceite e valorizado.

O suporte instrumental tem a ver com o suporte material que o sujeito tem, mais precisamente, com o acesso a uma variada gama de actividades de lazer devido ao tempo livre e consequentemente, redução de trabalho.

A nível informativo é através do contacto com os pares que surgem as trocas de informação, aconselhamento, orientação e feedback. A nível do status, as relações sociais só por si são essenciais (e.g manter uma relação íntima com outra pessoa).

No que se refere ao companheirismo social, o sujeito partilha e participa em actividades sociais de lazer e por fim, a nível motivacional o sujeito tende a motivar-se através das suas redes sociais (Wills, 1985).

Podemos deduzir que através do suporte social, ou seja, da pertença a um grupo, organização ou comunidade, as pessoas deixam de se sentir isoladas e vulneráveis (Leavy, 1983) e começam a sentir um maior controlo pessoal e um bem-estar geral.

Vários estudos, sobre o suporte social, têm apontado o meio envolvente como um influenciador positivo, no estado de saúde das pessoas, quer a nível físico quer a nível emocional (Kiritz e Moss, 1974). Outros estudos, têm analisado que os indivíduos com doença mental envolvidos num programa comunitário (suporte social) tendem a estar mais próximos das

características das pessoas sem experiência em doença mental (Ornelas, 2008). Isto sugere uma forte ligação entre o suporte social e a psicopatologia (Albee, 1982) porque apesar do indivíduo ter uma doença mental pode ultrapassá-la num momento de crise, sem recorrer a internamento, se tiver um bom suporte social, tal como amigos, familiares, vizinhos e também, serviços comunitários (Gerald Caplan, 1974).

Apesar de não se ter conhecimento de uma definição precisa, sobre o Suporte Social, sabemos que o “outro” tem uma importância fundamental e daí que a definição de Sarason seja aquela que me faz mais sentido.

Sarason (1974) descreve o suporte social essencialmente a nível psicológico, tendo em conta, principalmente, a pertença a uma comunidade e às relações estabelecidas com os outros, Bells (1981, p.60), por sua vez, faz a ligação entre o suporte social e a doença mental. Menciona que o suporte social tem haver com “todos os factores que existem no meio, que possam contribuir para o percurso favorável à minimização das problemáticas ligadas à doença mental”. Os benefícios podem ser, um menor número e mais curto internamento; funções sociais mais autónomas e uma menor focalização nas dificuldades de funcionamento (Ornelas, 2008).

Mas de um modo geral os autores, na definição do suporte social, dão mais relevo à quantidade de relações sociais que o indivíduo estabelece; à sua estrutura formal ou, por sua vez, às relações que têm a ver com o suporte social (Ornelas, 2008).

Assim sendo, os grupos e organizações de ajuda mútua são a forma mais visível de prestação de suporte (Ornelas, 2008), onde prevalecem uma quantidade de relações sociais.

Os grupos de ajuda mútua (Self Help Groups), são pequenas estruturas formalmente organizadas, com regras e programas definidos e dirigidos pelos próprios participantes, que se reúnem de forma periódica com um determinado propósito, no qual procuram descobrir soluções para os seus problemas baseando-se no conceito de “Ajuda” para alcançar uma mudança e ultrapassar o problema ou necessidade existente (Katz & Bender, 1976).

Estes grupos apoiam os indivíduos e ajudam-nos a minimizarem as suas problemáticas através da partilha de situações de vida ligadas a uma preocupação ou problema específico, que é partilhado por todos os membros daquele grupo. Normalmente existe uma identificação subjectiva dos problemas de cada um dos membros e é através do conhecimento pela experiência

que se vão ultrapassando algumas dificuldades (Borkman, 1991) tal como do dar e receber ajuda (Rappaport, 1994).

Apesar do intuito deste trabalho estar relacionado com os GAM (Grupos de Ajuda Mútua) Solomon (2004) define, para além dos grupos de ajuda mútua, outras formas de suporte *inter pares*, que ocorrem entre pessoas com o mesmo tipo de problemas ou interesses a nível físico, psicológico ou social. Deste modo, Solomon, menciona que o suporte pode ser através de grupos ou outras formas estruturadas com objectivos específicos: organizações e grupos de ajuda mútua; grupos de ajuda mútua por Internet; serviços dirigidos e prestados por pares, entre outros, serviços de saúde mental.

**«As palavras de louvor, quando sinceras, são a mais  
poderosa força, para estabelecer a boa vontade  
entre as pessoas»**

J.P.Schmitt

## **2.3 Ajuda Mútua**

A Ajuda é o «acto ou efeito de ajudar e significa prestar auxílio». Contudo, a ajuda neste caso é recíproca, ou seja, Mútua «que se faz reciprocamente entre duas ou mais pessoas, fundado num conjunto de sentimentos ou acções que se correspondem». Sendo assim, o conceito de Ajuda Mútua, significa que as pessoas com um problema comum podem partilhar e compreender-se umas às outras sem ajuda de profissionais (Riessman & Carroll, 1995).

Deste modo, “acredito numa sociedade...em comunidades saudáveis onde a ajuda *inter pares* e a ajuda mútua sejam a base da convivialidade e da apreciação entre os seus membros”, (Ornelas, 2008, pp.19).

### 2.3.1 - Organizações e Grupos de Ajuda Mútua (GAM)

Os grupos e organizações de ajuda mútua são uma forma de participação, autonomia e controlo dos indivíduos na resolução dos seus próprios problemas (Ornelas, 2008), tendo por base uma inspiração virada para o *empowerment* e *recovery* (Rappaport, 1984; Zimmerman, 2000). Isto porque só o facto de ajudar os outros, se constitui um processo de *empowerment*, tendo em conta que, o sujeito a nível pessoal tem que se responsabilizar com os novos papéis, que por sua vez, vão fortalecer e valorizar as suas capacidades e competências. Deste modo, os sujeitos obtêm um maior domínio sobre a sua vida (Reissman, 1986) citado por Ornelas (2008).

Salem, Seidman e Rappaport (1988) distinguem as organizações de ajuda e os grupos de ajuda mútua clarificando que as organizações são um sistema mais complexo e, consequentemente, com actividades mais variadas podendo desenvolver serviços alternativos de suporte na comunidade, com relações extra grupo e suporte técnico, ou seja, compreendem vários componentes para além dos grupos de ajuda mútua (Chamberlin, Rogers e Ellison, 1996). Paralelamente, os grupos de ajuda mútua apenas se reúnem de forma periódica, sendo a forte

participação social e activismo, caracterizado por um percurso de «etapas de aprofundamento da consciência da sua própria identidade» (Zola, 1987).

Segundo, Todres (1982) as organizações de ajuda mútua são espaços onde as pessoas se encontram regularmente, com vista à mudança de comportamentos e atitudes ou aprendizagens, através de estratégias de coping, para lidar com problemas quer a nível social, físico ou emocional.

Sagarin (1969), por sua vez, menciona que os grupos de ajuda mútua têm como objectivo uma mudança individual, (e.g. grupos de alcoólicos anónimos) enquanto que as organizações de grupos de ajuda mútua têm como objectivo, não apenas uma mudança pessoal mas, também, uma mudança a nível social. Refere, também, que as organizações de ajuda mútua têm por base, a ideia, de que não basta apenas ajudar as pessoas a lidarem melhor com o seu problema, como também é necessário intervir e mudar as atitudes e circunstâncias que causam esses problemas (e.g. associações LGBT).

Deste modo, tendo em conta todas as definições, as organizações de ajuda mútua são as que melhor traduzem os valores, objectivos e ideologias da psicologia comunitária, promovendo o sentimento de comunidade entre os membros (Levy 2000) tendo em vista a mudança dos sujeitos quer a nível individual, quer a nível social (Nelson e colegas, 1998; 2006).

No entanto, para Kurtz (1997), dentro das organizações de ajuda mútua existem as que são orientadas para a mudança individual e as que são orientadas (como grupos de suporte ou grupos educacionais) sem ter em conta a mudança do comportamento, ou seja, podendo ter ou não objectivos ligados ao advocacy (Hatzidimitriadou, 2002).

No que se refere às organizações de ajuda mútua, específicas para pessoas com doença mental, elas surgiram dos movimentos dos consumidores, ou seja, dos membros que padeciam desse problema específico (Chinman, Kloss, Davidson & O'Connell, 2002; Nelson, O'Chocka, Griffin & Lord, 1998), devido a todas as experiências vivenciadas, negativamente, na forma como o sistema de saúde mental os orientava na sua doença (Mead e MacNeil, 2006).

Desta forma, nestas organizações, é valorizado o conhecimento derivado da experiência individual de cada um, através da partilha entre os pares. Sendo que, os sujeitos encontram-se em parâmetros de igualdade (Gartner, 1998), ao contrário do modelo médico tradicional, em que existe uma hierarquia de poder entre o médico e o seu paciente.

Tendo em conta a estrutura deste tipo de organizações, a participação numa organização comunitária faz desenvolver, nos participantes, um sentimento de competência, deixando de se observarem como «vítimas isoladas e sem esperança» e passando a sentirem-se como cidadãos organizados e capazes. Deste modo, podemos verificar que estas organizações, facilitam a reabilitação e inserção social da pessoa com doença mental na comunidade (Kieffer, 1984).

Patrícia Deegan (1999), também, recorre ao «ciclo da esperança» como única alternativa ao desespero. A esperança da qual nos fala, é a esperança que se descobre em ambientes que fomentam o *recovery* tal como os grupos de ajuda mútua.

Os grupos de ajuda mútua (GAM) são um contexto de suporte formado e conduzido pelos próprios membros, voluntários, que em cada encontro semanal introduzem soluções inovadoras. É através da partilha das suas experiências pessoais, que resolvem os problemas relacionados com as suas vidas, de acordo com os seus interesses ou necessidades, que são convertidos em oportunidades de crescimento e participação social.

É a participação, a partilha e troca de experiências que definem melhor este grupo (Kaufman, Freund e Wilson, 1989; Levy 2000), num ambiente solidário e compreensivo.

Estas reuniões informais, destes grupos, servem como catarse e confissão. E por sua vez, fazem desenvolver a capacidade crítica dos membros (Levine, 1988) e ao mesmo tempo ensinam estratégias para lidar com os problemas do quotidiano (Levine, 1988; Todres, 1982).

Lieberman (1993) considera que estes grupos partilham três elementos fundamentais “a intensidade da necessidade expressa por aqueles que se lhes juntam; a exigência de partilhar com o grupo algo pessoal, por banal que seja e por fim, a semelhança real ou percebida em seu sofrimento” (p.245). Enquanto que (Borkman, 1991; Levy 2000; Riessman, 1990) dão importância a quatro características, que dizem distingui-los dos outros sistemas de suporte, que são “o relacionamento *inter pares*; a reciprocidade; o conhecimento através da experiência e a autonomia adquirida”.

Mas ao frequentar um GAM (grupo de ajuda mútua), todas estas particularidades estão presentes porque as pessoas vão conhecer-se, conviver, partilhar experiências comuns que habitualmente são dolorosas, vão aprender a ouvir o outro e a dizer o que pensam, vão ajudar-se mutuamente e vão se perceber melhor a si próprias. Para além de todos estes factores, em todo este processo, os membros começam a perceber que têm o direito a uma integração num meio

mais agradável e dão-se conta que não são os únicos naquela situação, ou seja, que existem mais “pessoas que estão no mesmo barco” (Caplan, 1974; p.23).

Os grupos de ajuda mútua, são um espaço onde as pessoas se sentem compreendidas e aceites e onde partilham as suas fraquezas contribuindo não apenas para se ajudarem, mas para ajudar os outros através da sua experiência.

Monteiro (1997) menciona que a metodologia destes grupos é a partilha e a estratégia de intervenção é o conhecimento adquirido pela experiência. Isto significa que o conhecimento partilhado, por cada membro, sobre as suas próprias experiências e a forma como lidaram com o problema e arranjam soluções, são utilitárias como forma de intervenção (Roberts et al., 1999). Esta estratégia de intervenção, permite uma compreensão mais aprofundada das situações (Ornelas, 2008) e uma validação das próprias experiências, para além do surgimento de novas formas de ver e lidar com as suas situações pessoais e colectivas (Gidron e Chesler, 1994; Powell, 1987).

Estes grupos, para além de todas as características já referidas, promovem o sentimento de comunidade, isto porque podem proporcionar informações, fornecer educação, dar ajuda material e protecção social às suas comunidades (US Department of Health and Human Services, 1987) citado por Ornelas (2008).

Apesar de todos os grupos existentes terem como base estas características, eles distinguem-se de diferentes formas e estruturas consoante os autores.

Levine e Levine, Perkins e Perkins, (2005) distinguem os grupos de ajuda mútua, em cinco tipos, de acordo com a problemática.

Existem os grupos para pessoas cuja identidade social é desqualificada devido a problemas de comportamento (alcoólicos anónimos, narcóticos anónimos...) ou a características físicas.

Existem grupos para pessoas que sofrem as consequências por estarem ligadas a pessoas com problemas. Deste modo, estas pessoas acabam por viver um aumento de stress ou uma restrição nas opções de coping (alanon, Adult Children of Alcoholics World Service Organization).

Existem grupos para pessoas isoladas devido a circunstâncias sociais como o divórcio, viuvez, velhice (Children of Aging Parents, National Family Caregivers Association, Crime victims Association...).

Existem grupos para pessoas emigrantes, ou seja, grupos mais ligados a motivos étnicos (grupos de ajuda para mulheres de Andhra Pradesh-india) e por fim, existem grupos que englobam organizações cívicas, mais precisamente, grupos preocupados com questões comunitárias.

Mas para Sagarin (1969) a distinção é apenas entre dois grupos, ou seja, os grupos que procuram reduzir o seu comportamento desviante (e.g. os alcoólicos anónimos) e os que procuram modificar a opinião pública face à sua situação pretendendo mudanças sociais através da legislação e organizações dos direitos dos cidadãos (e.g. negros).

Segundo Schubert e Borkman (1991) os grupos são divididos em três tipos, consoante critérios organizacionais. Os grupos não filiados; os grupos federados e os grupos filiados.

Nos grupos não filiados, qualquer membro tem um papel de liderança, isto porque são grupos que funcionam de forma independente. Enquanto que os grupos federados são os que se encontram associados a estruturas nacionais ou regionais sendo, também, autónomos nas suas decisões, apesar de partilharem com as organizações uma parte dos seus benefícios em termos informativos, entre outros (mas sempre com base no conhecimento da experiência). Por fim, temos os grupos filiados que são dependentes, ou seja, estão sujeitos a regras de outros a nível regional e nacional. E são grupos que dão informação e formação a grupos locais.

Emerick (1995) na sua investigação definiu os grupos, também, em três tipos, “os radicais”; “os conservadores” e “os combinados”.

“Os radicais” são grupos de movimento social cujo objectivo é a reforma do sistema de saúde tradicional e daí apresentarem uma atitude anti-psiquiátrica. “Os conservadores” são os grupos de terapia individual e procuram a mudança pessoal. Apresentam uma atitude pró-psiquiatria. Por fim, temos “os combinados” que pretendem não só uma mudança a nível individual como, também, uma mudança a nível social.

Knight (2006) divide os grupos e organizações de saúde mental em grupos que seguem o modelo dos 12 passos e que são para pessoas que têm uma doença mental e, ao mesmo tempo, abuso de substâncias (e.g. Double Trouble in Recovery); grupos que seguem o modelo dos 12

passos e que são apenas para pessoas com doença mental (e.g. We Can and Do Recover Circle e Emotions Anonymous) e por fim, temos os grupos que não seguem o modelo dos 12 passos, mas que são para pessoas com doença mental (e.g. Maniac Depressive Alliance).

No entanto, não podemos esquecer que outros grupos têm crescido fora dos serviços de saúde mental (e.g. American Self Help Group Clearinghouse).

Podemos concluir que os GAM, são uma forma de assistência para os seus membros lidarem melhor com as suas emoções e dilemas gerados por problemas quotidianos e, também, uma forma de fazerem uma melhor adaptação ao mundo e a si próprios.

Podemos verificar os seus benefícios dos GAM, através de vários estudos conclusivos.

Um estudo de Rappaport (1985) conclui que os membros mais recentes, comparados com os membros mais antigos no grupo, apresentavam uma rede social mais vasta, taxas mais altas de manutenção dos empregos e níveis mais baixos de psicopatologia.

Um outro estudo de Chamberlim e colegas (1996) ao relacionar a participação no grupo com a qualidade de vida dos membros, 78% dos participantes relataram os efeitos positivos da ajuda-mútua sobre a satisfação de vida e 72, 1% relacionou os efeitos directamente com os sucessos conseguidos, 92% dos inquiridos relacionou o grupo com o aumento da auto-estima e para 89.4% das pessoas, possibilitou o reconhecimento das respectivas capacidades.

As mudanças mais significativas na vida das pessoas, proporcionadas pela participação, foram: a concretização de amizades, o aumento de actividade, de competências, projectos de vida e alterações positivas na sua saúde mental.

**«O trágico na condição do homem moderno  
é a ausência de diálogo, de comunicação  
espiritual com os outros»**

Ignace Leep

#### 2.3.1.1 - História dos Grupos de Ajuda Mútua (GAM)

Os grupos de ajuda mútua e, seguidamente, as organizações de ajuda mútua surgiram derivado à mudança nos contextos culturais, sociais e familiares, ou seja, a uma relação inadequada entre o sujeito e o meio.

De facto, derivado a uma relação desajustada com o meio, algumas pessoas vivem sós, sem terem ninguém onde se possam apoiar em situações de maior dificuldade (Emrick, 1987), o que as leva muitas das vezes a entrar em processos de auto-marginalização.

Desta forma, a única forma de combater sentimentos de solidão, isolamento e alienação, que muitas das vezes levam as sociedades à decadência, são os contextos de suporte facilitadores de sentimento de comunidade (Sarason, 1974).

Deste modo, surgiu o movimento dos GAM como solução, que assenta no respeito pela diversidade do ser humano e cria recursos para apoiar as pessoas em necessidade (Rappaport, 1990) que, também, não têm meios financeiros para psicoterapias (Rappaport, 1977).

Os GAM começaram, deste modo, por se desenvolver nos Estados Unidos da América, por volta de 1935 em torno de uma problemática específica o alcoolismo, surgindo os AA (Alcoólicos Anónimos).

Os AA (Alcoólicos Anónimos), constituíram-se como um grupo de pares (serviços dirigidos e prestados por pares), por alusão a uma problemática comum, sem grandes ideais ou objectivos, a não ser a harmonia, a partilha de vivências entre todos, eventuais aprendizagens resultantes e o suporte correspondente à apropriada condição (leal, 2005).

*“Alcoólicos Anónimos é uma comunidade de homens e mulheres que partilham entre si a sua experiência, força e esperança para resolverem o seu problema comum e ajudarem outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não são necessárias taxas de admissão nem quotas. Somos auto-suficientes pelas nossas próprias contribuições. O A.A. não está ligado a nenhuma seita, religião, instituição política ou organização; não se envolve em qualquer controvérsia, não subscreve nem combate quaisquer causas. O nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançar a sobriedade”*

“The A.A. Grapevine, Inc.”; reproduzido com autorização.

Tendo em conta os seus benefícios e resultados, nas últimas décadas, estes grupos de ajuda mútua têm crescido por todo o mundo desde 1942, em que tinham 50 grupos nos E.U.A, até hoje que são uma organização com milhares de grupos locais e com cerca de 2 milhões de membros em todo mundo (Levine, Perkins e Perkins, 2005) citado por Ornelas (2008).

Apesar do crescimento dos grupos de ajuda mútua, só nos anos 70 surgiram os grupos de ajuda mútua ligados à área da saúde mental, apesar da organização mais antiga, também, datar o final dos anos 30. Esta organização, *Recovery, Inc.*, foi começada por um psiquiatra chamado Dr. Abrham Low em 1937 (Langsley, Evanston, Hansen e Rochester, 2000).

Muitas das organizações e grupos de ajuda mútua que surgiram nessa época continuam actualmente a prestar suporte às pessoas com doença mental e seus familiares (e.g. Grow; The National Depressive and Maniac Depressive Association) mas, atrás destas organizações, têm surgido outras na mesma área, mas mais recentes e outras numa série de áreas diferentes.

Desta forma, têm surgido grupos e organizações de ajuda mútua na área do uso e abuso de substâncias (e.g. Narcotics Anonymous), na área da saúde física (e.g. Câncer Support Groups) e na área da habitação e educação, para além da, área da saúde mental (Van Tosh e del Vecchio, 2000).

Todas estas organizações vieram introduzir serviços alternativos ao tratamento tradicional, através da experiência dos seus membros (Ornelas, 2008).

O crescimento dos grupos de ajuda mútua é resultado do chamado “movimento de valorização da pessoa” junto dos cidadãos em situação de vulnerabilidade social, e daí o crescente interesse nesta área de intervenção com consequências positivas no processo de funcionamento, organização e eficácia dos grupos (Salem, Seidman e Rappaport, 1988).

A utilidade e a importância destes grupos, levou-os até às novas tecnologias. Hoje em dia estes grupos expandiram-se on-line através de salas de conversação formando verdadeiras comunidades on-line, tendo por base a prestação de suporte e ajuda a pessoas que têm doença mental (Davidson, Pennebaker e Dickerson, 2000) ou outras problemáticas. Estudos realizados sobre estes grupos on-line verificaram que metade das mensagens colocadas, consistiam em prestar apoio e informação aos outros membros do grupo.

Mas não nos podemos esquecer que nas décadas anteriores (década 90), os primeiros grupos de ajuda mútua surgiram dos serviços dirigidos e prestados por pares (e.g. A.A.), no qual as acções dos consumidores levaram à investigação e ao aparecimento de serviços para pessoas com doença mental a serem orientados para o *recovery* (Turner-Crowson e Wallcraft, 2002). Estes grupos caracterizam-se não apenas pelo alcance do *recovery*, mas por todo o processo de

*empowerment* dos participantes, tal como o desenvolvimento e expansão das redes de suporte social.

Salzer (2002) reconhece os serviços dirigidos por pares como um recurso fundamental para as pessoas com experiência em doença mental na medida em que, esses programas, promovem a interacção com pessoas de experiências semelhantes e o seu contexto facilita e estimula o *recovery* do consumidor pela participação directa nos mesmos (Salzer e Shear, 2002).

**«A arrogância divide os homens,  
a humildade os une.»**

Lacordaire

### 2.3.2 - Serviços Dirigidos e Prestados por Pares

Os serviços prestados e planeados por pares são disponibilizados por utentes mais experientes e recuperados, “os consumidores”, que se identificam com a mesma problemática (neste caso doença mental) e que têm como função ajudar e aconselhar os outros com o mesmo tipo de problemática (Solomon, 2004), não existindo deste modo uma relação assimétrica em que um presta serviços e o outro recebe (Davidson e colegas, 2006).

A nível contextual, geralmente estão, inseridos numa organização formal (e.g. centros de internamento “drop-in-centers”; clubes “clubhouses”; serviços de apoio na crise; serviços vocacionais e de emprego entre outros).

Estes serviços ao serem dirigidos pelos próprios consumidores fazem com que este tipo de apoio escape aos efeitos da desumanização. Este tipo de ajuda favorece melhoramentos ao nível da qualidade de vida e, também, a nível social. Ajudam a criar contextos sociais que são muitas vezes inexistentes nestes doentes (Rappaport, 1990) e, para além de todas estas características, assumem-se como complementares ou alternativos ao sistema tradicional de saúde mental (Clay, 2005; Solomon, 2004; Solomon e Draine, 2001; Segal, Hardiman e Hodges, 2002).

Existem variados locais onde “os consumidores” podem prestar serviços de saúde mental, tais como, os serviços dirigidos e conduzidos por “consumidores” e os serviços de equipas multidisciplinares, nos quais está presente a colaboração de profissionais com os “consumidores” (Solomon, 2004; Solomon e Draine, 2001).

Nos serviços dirigidos e conduzidos por “consumidores” estão incluídos os serviços operados por pares “Peer Run/Operated Services”; as parcerias com pares “Peer/ Partnership Services” e por fim, os serviços dirigidos por pares inseridos numa organização formal de saúde mental “Peer/Consumer Employees”.

Os serviços operados por pares “peer run/operated services” são serviços planeados, dirigidos e avaliados por consumidores.

As parcerias com pares “peer/ partnership services” são serviços nos quais os pares desenvolvem os programas, mas a gestão cabe tanto aos “consumidores” como aos não “consumidores”, tendo em conta que estes programas normalmente, se inserem em organizações de não consumidores sendo estas as responsáveis pelos programas (Solomon e Draine, 2001).

Por fim, os serviços dirigidos por pares inseridos numa organização formal de saúde mental os “peer/consumer employees”. Estes empregam, de igual modo, os “consumidores” e os não “consumidores” na prestação dos cuidados de saúde mental, podendo assumir diferentes formas como “peer advocate”, “consumer case management”, “peer companion” ou “peer specialist” (Solomon, 2004; Solomon e Draine, 2001).

Estes serviços têm diferentes impactos a nível social e individual, por e.g. os “consumer operated services” têm impacto a nível do *empowerment* pessoal em termos de habitação, emprego, inclusão social e satisfação com os serviços (Clay, 2005) e por fim, o *recovery* das pessoas com doença mental (Corrigan, 2006).

De facto, estudos realizados têm demonstrado impactos em diversos níveis destacando a importância da formação de pares e o benefício dos papéis de liderança, por parte dos “consumidores”, nos programas e no suporte a outros pares. Isto porque, os “consumidores” já passaram pela mesma experiência e têm capacidades únicas no entendimento, na comunicação, na identificação, no significado, nas implicações do problema entre outras mais valias, exemplos disto são estudos que têm vindo a ser realizados com o suporte prestado por pares.

Weissman et al. (2005) partem da hipótese que veteranos com doença mental “Peer Advisors” (PA`s) que já tinham sido sem abrigo poderiam ser uma ajuda crucial a outros veteranos que estavam a passar pelo mesmo que eles já tinham passado. Os resultados mostraram que os sujeitos que recebiam apoio dos “peer advisors” tinham maior probabilidade de sucesso, ou seja, de transitarem para uma habitação, em relação aos outros que não receberam esse

suporte. Este resultado demonstra que este suporte de pares é decisivo e benéfico, porque os próprios “peer advisors” são tidos como modelo a seguir por terem tido experiências semelhantes e terem alcançado resultados positivos.

Mas os benefícios divulgados, não foram apenas para os sujeitos que recebiam apoio dos “peer advisors”, como para os próprios veteranos “peer advisors”. Estes, também, demonstraram uma maior auto-estima e confiança após este programa de suporte de pares. Ao ajudar outros, desenvolviam sentimentos de competência e utilidade social para o dador (Roberts et al., 1999), para além de um crescimento profissional e pessoal que facilitou o *recovery* dos dadores e dos seus pares (Salzer e Shear, 2002) tirando partido numa maior ausência no número de hospitalizações (Galanter, Reischl e Rappaport, 1988; Humphreys e Moos, 2001) e diminuição da sintomatologia psiquiátrica (Felton, Stastny, Shern, et al. (1995) e Klein et.al. (1998), citados por Solomon e Draine, 2001).

A importância deste tipo de programas, nos quais os consumidores têm um papel activo, é essencial na ajuda ao outro e cada vez tem sido mais reconhecida como tal, assumindo que as pessoas com necessidades particulares são tão válidas e capazes quanto as outras.

Este tipo de programas inclui a criação de equipas organizadas de prestadores de suporte, recrutamento e treino de pares para poderem prestar suporte (Levine e Perkins, 1997). Deste modo, estes autores, referem a implementação de programas de habitação, educação e emprego apoiados, nos quais elementos do “staff” sejam recrutados de entre os “consumidores” de serviços de saúde mental, com mais experiência, para desenvolverem papéis de suporte de pares.

Dentro deste âmbito foi desenvolvido, também, um programa para permitir aos “consumidores” acesso a consultorias por parte dos profissionais, em parceria, para desenvolverem as suas actividades. Este programa desenvolvido nos E.U.A, incrementou este modelo de parceria que se chamava “vet-to-vet, para apoiar os “consumidores” através de actividades diversificadas como o acesso a grupos de ajuda mútua “Mental Illness Anonymous” entre outros (Resnick, Armstrong, Sperrazza, Harkness & Rosenheck, 2004). Um outro projecto de parceria “Peers Educators Project”, dentro deste formato, teve como intuito os consumidores apoiarem e esclarecerem os outros pares sobre o *recovery* e tentar através das reuniões alcançar o mesmo. Este programa apresentou melhorias para os participantes, na

qualidade de vida (84%) e na sintomatologia psiquiátrica (81%) como resultado da participação neste tipo de grupo (The Center for Health Policy and Research, 2006).

Um, outro, estudo realizado por Trainor, Shepherd, Boydell, Leff e Crawford (2002) concluiu que os participantes elegem as organizações e os pares como mais benéficos do que as intervenções profissionais.

Através destes estudos, tem-se a consciência de que tanto o processo *recovery* como a ajuda mútua, devem ser introduzidos nas práticas de prestação de cuidados, porque proporcionam melhores resultados às pessoas com doença mental (Forquer e Knight, 2001).

Sendo assim, vamos tentar entender melhor os benefícios do suporte *inter pares*, mais concretamente, dos grupos de ajuda mútua, através de investigações já efectuadas nas várias áreas.

**«Fraternidade é, cada um,  
considerar o outro digno de estima»**

### 2.3.3 - Benefícios das Organizações e Grupos de Ajuda Mútua e Serviços de Pares

A ajuda mútua tem uma grande importância, na forma de ajuda, entre pessoas com o mesmo tipo de dificuldades e necessidades, pelo facto de facilitar o entendimento entre as pessoas, independentemente da sua faixa etária, nível sociocultural ou outros factores sociais ou pessoais.

Sendo assim, os grupos de ajuda mútua, são um movimento resultante da falta de poder civil devido a uma população estigmatizada e isolada a nível social (Kaufman et al., 1989). Sendo que, nestes grupos de ajuda mútua os membros diminuem as tendências para o isolamento, porque através da partilha dessa dificuldade aos outros, o problema deixa de ser unicamente individual e torna-se social (Levine, 1988; Nelson et al., 1998).

É com esta forma de ajuda que resultam benefícios para quem dá e para quem recebe ajuda e.g. um estudo realizado numa organização de ajuda mútua de pessoas com doença mental, procurou saber se prestar e receber suporte estava relacionado de forma positiva com o ajustamento social e psicológico dos membros.

Os benefícios para quem recebe ajuda estão relacionados com um sentimento de bem-estar (quer a nível físico como psicológico), um aumento de sentimentos de competência, utilidade social, valorização social e maior independência (Roberts, Salem, Rappaport, Toro, Luke e Seidman, 1999).

Para quem presta ajuda, só o facto de ter consciência que está a ajudar outro, só por si é um processo de *empowerment* e.g uma investigação efectuada com membros de 15 grupos de ajuda mútua, que pertenciam à organização GROW, verificou melhorias no funcionamento social e psicológico, resultante de ajudar e ser ajudado (Reissman, 1986; Roberts, Salem, Rappaport, Toro, Luke e Seidman, 1999) citado por Nelson et al. (2006).

Segundo, outro, estudo de Roberts et al, (1999) os membros que prestavam mais ajuda aos outros, tinham maior ajustamento social e os membros mais activos eram os que tinham níveis mais elevados de bem-estar e estimavam melhor o grupo (Maton, 1988).

Ainda nesta linha, foi realizado um estudo longitudinal em que os objectivos estavam relacionados com o impacto da participação, dos sujeitos, nas organizações de ajuda mútua. O estudo comparou participantes activos com participantes não activos em diversos aspectos: suporte social; integração na comunidade; *empowerment* individual; qualidade de vida; índice sintomático; utilização dos serviços de saúde mental e envolvimento no emprego e educação.

Os resultados encontrados neste estudo, mencionam que os membros mais activos, passado algum tempo, diminuía a frequência aos serviços de hospitalização e desenvolviam uma melhoria das redes de suporte, ao nível de emprego e educação.

A participação activa, também, alcançou melhoramentos em termos de saúde, fortalecimento do suporte social e manutenção de emprego, educação e formação.

Em termos qualitativos, as organizações que promovem o suporte a pessoas com doença mental, foram descritas pelos participantes mais activos, como contextos de atmosfera positiva, amistosa e informal que oferecem oportunidades para a participação e socialização com os seus pares.

Deste modo, verificamos que a um nível geral, estas organizações são vistas como transmissoras de segurança e bem-estar, sendo encaradas como facilitadoras de integração comunitária, devido ao facto de permitirem mudanças ao nível pessoal, mas também ao nível sistémico (Nelson, Ochocka, Janzen e Trainor, 2006). Sendo que, este estudo, evidencia o meio

envolvente das organizações, mostrando que têm um impacto fundamental para os resultados positivos da participação e satisfação dos seus membros (Segal e Silverman, 2002).

Na mesma direcção Hardiman e Segal (2003) referem que não é só o ambiente mas, também, a cultura da organização do grupo de ajuda mútua, que têm influência nos resultados dos participantes.

Com isto, Hardiman e Segal mencionam que se os membros se sentirem confortáveis para se envolverem socialmente, se existir aceitação pela sua diversidade e se for estimulada a sua autonomia individual (entre outras condições), haverá um crescimento das redes sociais com inclusão de pares e existirá um acréscimo ao nível do suporte e protecção, ao mesmo tempo que se desenvolve o processo *empowerment* dos indivíduos para utilizarem os suportes naturais da sua comunidade.

Mok (2004) estudou a relação do *empowerment* dos membros com a participação no grupo de ajuda mútua. Os resultados obtidos apontaram para um forte sentimento de *empowerment* ao nível pessoal e interpessoal, visto que no grupo de ajuda mútua os participantes se sentem mais optimistas (95%), mais á vontade no contacto com os outros (92%), com mais confiança na resolução dos seus próprios problemas (94%) e com uma maior esperança em relação ao futuro (93%).

Para além destes sentimentos, os participantes sentem que estes grupos trazem benefícios em termos de conhecimento de pessoas com problemas semelhantes (98%) e proporcionam a troca de ajuda e suporte (94%), dando a conhecer outros recursos sociais existentes (97%) e, como consequência, um sentimento de pertença a um grupo (97%).

O *empowerment* comunitário, também, foi alvo de estudo mas este sentimento não foi tão significativo quanto o *empowerment* individual, apesar de (53%) dos participantes aceitarem que os grupos de ajuda mútua são uma mais valia para ajudar a mudar o estigma ligado à doença mental, através da participação na comunidade e na mudança de políticas e actividades.

Contudo não podemos deixar de ter em conta, que o *empowerment* surge não só a nível comunitário ou individual mas, também, a nível organizacional com o aumento da autodeterminação e participação na organização (Segal, Silverman & Tempkin, 1995) citados por Nelson et al. (1998).

Um outro estudo realizado por Leung e Arthur (2004), com a participação de doze membros de um grupo de ajuda mútua, pretendeu verificar, com os mesmos, o significado do acto de ajudar; a sua experiência vivida dentro do grupo e as mudanças obtidas dessa participação. Os membros salientaram que sentiram mudanças ao nível da aprendizagem sobre o acto de ajudar e ser ajudado e, também, ao nível da aprendizagem com a experiência dos outros, aumentando a rede social e o sentimento de *empowered* (o *empowerment* dos sujeitos).

Apesar de, neste meu estudo, ter apenas referenciado investigações sobre grupos de ajuda mútua apenas para pessoas com doença mental, importa referir que existem muitos outros estudos realizados para outras problemáticas e que da mesma forma obtêm resultados muito benéficos para os seus membros.

Existem estudos realizados, em grupos de ajuda mútua, para pessoas com problemáticas de saúde física crónicas. E demonstram que os resultados são positivos em relação à diminuição do número de hospitalizações, a uma sobrevivência mais prolongada e a uma maior aceitação, às novas circunstâncias de vida devido à doença (Medvene, 1987).

Estudos realizados em pessoas com problemas de álcool, inseridos nos G.A.M, confirmam que ao fim de três anos, os membros mais participativos tinham uma abstinência superior, lidavam melhor com os seus problemas e tinham fortalecido as suas redes de amizade (Humphreys e Rappaport, 1994).

Outros estudos em grupos de ajuda mútua, mas para pessoas viúvas, verificaram que as participantes tinham um maior controlo sobre as situações do quotidiano, sentiam-se mais autoconfiantes, menos isoladas e por sua vez, menos deprimidas (Lieberman e Borman, 1981; Videka-Sherman e Lieberman, 1985) citado por Ornelas (2008).

Deste modo, podemos dizer que todos os grupos de ajuda mútua, independentemente da sua problemática específica, apresentam níveis elevados de activismo comunitário. O activismo comunitário é revelado por meio de uma grande participação e aderência por parte dos membros (Hatzidimitriadou, 2002) e, também, pelo aconselhamento destes grupos por parte dos participantes a um amigo (e.g. a conclusão de um estudo, com duzentos e setenta e um participantes de seis organizações de ajuda mútua, sobre a qualidade de vida e satisfação para com o programa, concluiu que (91%) dos participantes aconselhariam o programa a um amigo (Chamberlin, Rogeres e Ellison, 1996)).

Em relação aos grupos de ajuda mútua estes para além das vantagens e benefícios encontrados para os seus membros, também, têm vantagens para o sistema de saúde mental e mais especificamente para os profissionais. Isto porque a participação nestes grupos, faz diminuir o número de utilização dos serviços de intervenção na crise e o número de hospitalizações. Não esquecendo que, ao contrário dos serviços profissionais que são dispendiosos (Solomon, 2004), os grupos de ajuda mútua, acarretam com todas as despesas devido a fazerem parte de organizações voluntárias sem exigências de pagamento por parte dos membros (Ornelas, 2008).

Surge, deste modo, um aumento de oportunidades de ajuda existentes na comunidade e um maior número de programas comunitários.

Concluimos, assim, que o investimento nos grupos de ajuda mútua resulta numa série de vantagens significativas para o sistema de saúde, profissionais e sobretudo para os “consumidores” (Salzer, Segre & Rappaport, 2001). Não nos esquecendo, de que estes grupos, são primordiais nos casos de pessoas que deixaram de ter apoios dos seus familiares, por alguma circunstância da vida, e que necessitam do apoio deles.

Estar integrado numa rede de suporte pode-se tornar um apoio indispensável, evitando hospitalizações e a dependência de profissionais como por e.g. as pessoas com doença mental apesar das suas limitações podem levar uma vida totalmente normal, desde que tenham os suportes adequados. É que, por vezes, as necessidades não são o tratamento psiquiátrico mas o contacto humano Chamberlin (1978).

Sendo assim e contrariamente à visão tradicional de que a doença mental era incurável, hoje em dia podemos inferir através de diversos casos, que grande parte das pessoas com doença mental podem ter uma recuperação total ou quase total (entre 49% e 68% taxas) de *recovery* (Anthony e Chamberlin, 2005).

Deste modo, estas pessoas não são só uma preocupação dos hospitais psiquiátricos, mas também, da sua comunidade e é a comunidade que pode promover alternativas ao modelo médico, principalmente, através dos “utentes/sobreviventes” (Chamberlin, 1978). Um bom e.g. é o que tem sido feito nos E.U.A, em que têm sido criados serviços sociais ligados a organizações sem fins lucrativos baseadas no bem-estar e recuperação do sujeito, não havendo necessidade de internamento em hospitais psiquiátricos (Smith e Lipsky 1993; Scarpaci 1989).

É através do aproveitamento dos recursos comunitários existentes e dos contextos sociais integrados, que as pessoas melhoram as suas vidas, crescem e fortalecem-se (Levine & Perkins, 1987, 2004) promovendo o bem-estar e estabilidade a longo prazo.

**«Há palavras que ferem mais  
profundamente que uma espada»**

Burton

### 2.3.3.1 – Benefícios dos GAM para a Doença Mental

Actualmente, tem vindo a existir uma maior preocupação na área da saúde mental, devido aos números existentes em todo o mundo.

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de doenças mentais ou neurológicas, entre as quais, 50 milhões são esquizofrénicos, sendo que a depressão é considerada a quarta doença mais frequente no mundo, com cerca de 121 milhões de pessoas atingidas, apesar de em 2020, poder vir a ser, a segunda maior doença, sendo apenas superada pelos problemas cardíacos.

As doenças mentais representam 11 % em todo mundo, mas a proporção pode aumentar para 14 % em 2020) (Relatório da Organização Mundial da Saúde (O.M.S.)).

Apesar de existir uma maior preocupação na área da saúde mental devido aos números existentes, a perspectiva tradicional, ainda, define as doenças mentais como perturbações ou sintomas, deixando de parte as emoções e comportamentos (Chamberlin, 1978).

Goldberg e Huxley (1996), por e.g interpretam as perturbações encontradas na comunidade como sendo as “menos graves” em relação às que se encontram nos hospitais psiquiátricos. Sendo as “menos graves” de cariz mais ansioso/depressivo e intituladas como “ligeiras”, enquanto as outras denominadas como doenças “mais graves” são intituladas como perturbações mentais do foro orgânico (esquizofrenia e as perturbações afectivas bipolares).

Mas a doença mental, quer seja “grave ou ligeira”, implica um afastamento do funcionamento psicológico normal (wakefield, 1992), ou seja, a pessoa perturbada pode ouvir vozes, manifestar labilidade no afecto, ou comportar-se de formas completamente bizarras (Gleitman, 2002).

Apesar desta abordagem ir ao encontro do modelo médico tradicional, nada tem a ver com a psicologia comunitária. Sendo o modelo médico tradicional referido por Chamberlin (1978) como ineficaz. Isto porque os médicos ao definirem diagnósticos estão a estigmatizar/rotular o que, por vezes, acaba por ter efeitos mais destrutivos/devastadores em relação aos que a própria doença pode causar, pelo facto da sociedade poder vir a rejeitar estas pessoas e, desta forma, poderem vir a ficar à mercê da solidão.

Deste modo, a cronicidade da doença mental pode estar relacionada à forma como tratamos as pessoas com doença mental e não à doença mental em si (Anthony, 1997). Surgiu, desta forma, a necessidade de suportes sociais e de princípios baseados na psicologia comunitária que nos dizem que não é importante o diagnóstico, mas todos terem acesso aos recursos disponíveis (Mosher & Burti, 1989; Levine & Perkins, 2004) que a comunidade oferece.

Para a psicologia comunitária “o doente mental” é substituído por “pessoa com experiência em doença mental”, o que significa que em primeiro de tudo aquele indivíduo é uma pessoa e só a seguir é que é uma pessoa que tem experiência em uma doença mental. Isto demonstra que as pessoas que vivem ou viveram uma experiência em doença mental têm um entendimento único sobre a sua doença ao contrário de um técnico que nunca passou pelo mesmo.

Contudo, Chamberlin (1978) refere que o facto de se ter experiência em doença mental, não induz a que, esta doença, esteja sempre em estado permanente na vida da pessoa. Um bom e.g é o de Judi Chamberlin que foi uma das muitas ex-diagnosticadas com doença mental e que representa um modelo para muitas das pessoas que são diagnosticadas como “doentes mentais”.

Chamberlin (1978) escreveu uma obra baseada na sua própria experiência “On Our Own” na qual conta que em duas ocasiões sentiu uma angústia excessiva mas que arranjou alternativas num centro residencial de crise, após lhe terem dito que nunca mais seria capaz de viver fora de uma instituição de saúde mental. Nesse centro teve oportunidade de viver uma experiência emocional de crescimento interior e de aprender a lidar consigo.

Para além da sua própria experiência e resultados alcançados a nível pessoal, Chamberlin *et al.* (1996), efectuou vários estudos, na área da doença mental. Num dos estudos relacionou a participação no grupo com a qualidade de vida dos membros. Nesta investigação verificou que 78,4% dos participantes, relacionavam os efeitos positivos da ajuda mútua com a

sua satisfação de vida; em 72,1% dos membros verificaram a existência de uma associação directa entre os seus efeitos com os sucessos conseguidos; 92% das pessoas relacionaram a participação no grupo com o aumento da auto-estima e por fim, para 89,4% pessoas, o grupo possibilitou o reconhecimento das respectivas capacidades.

Apesar destas pessoas terem necessidades especiais, são idênticas às outras nos desafios adaptativos que vão enfrentando e a melhor maneira de lidar com eles, é ter uma vida “normal”, é ter trabalho ou andar na escola e ter uma casa (entre outras coisas), de forma a sentirem-se integrados, passando do rótulo estigmatizante de “doente mental” para o conceito social de colega de trabalho, vizinho ou estudante (Levine e Perkins, 1997).

Os grupos de ajuda mútua (GAM) são, desta forma, cada vez mais reconhecidos como métodos possíveis, eficazes e capazes de colaborar com os problemas relacionados com a saúde mental obtendo efeitos positivos com esta problemática específica, isto porque as pessoas continuam a ter necessidade de suporte, intimidade e relações pessoais.

Os grupos de ajuda mútua e outros suportes de base comunitária, têm-se vindo a desenvolver em todo o mundo como alternativa ao tratamento baseado nas instituições, defendendo que os cuidados prestados, às pessoas com doença mental, devem ser concebidos na comunidade (Schulberg e Baker, 1970) citado por Ornelas (2008) porque se tem verificado, com vários estudos, os seus benefícios.

Este movimento social surgiu nos anos 60 como forma de evitar o isolamento ou rejeição das pessoas com doença mental, porque a saúde mental é essencial para o bem-estar e funcionamento dos indivíduos e diz respeito a todos.

O papel dos hospitais psiquiátricos no sistema prestador de cuidados de saúde mental tem vindo, desta maneira, a sofrer alterações em todo o mundo passando o tratamento a ser cada vez mais efectuado na comunidade, mas a falta de planeamento e de apoio no que se refere à melhoria dos serviços de saúde mental levaram a um atraso, neste campo, por parte de Portugal em relação a outros países europeus (Kovess, 2005).

**«Um optimista vive na expectativa  
de ver os seus sonhos concretizados.  
Um pessimista vive na expectativa  
de ver os seus pesadelos concretizados»**

Laurence Peter

#### 2.3.4 - Organizações, Grupos de Ajuda Mútua e Serviços de Pares em Portugal

Temos que ter em conta que, quer a nível nacional quer a nível internacional, são necessários recursos diferentes, como a mudança em termos habitacionais, em termos de emprego e educação, para além do tratamento institucional ou ambulatório (Ornelas, 1987).

Os serviços de saúde mental em Portugal, até há bem poucas décadas atrás, encontravam-se apenas nos hospitais psiquiátricos, nos serviços psiquiátricos de hospitais gerais e em instituições religiosas (Ornelas, 2007). Mas tem-se verificado, nestes últimos 30 anos, uma tentativa de substituição, embora muito lentas, dos cuidados baseados no hospital psiquiátrico por cuidados mais modernos e mais próximos das populações (Caldas de Almeida, 1997), tendo em conta os outros países.

Foi nos anos oitenta e nos anos noventa que começaram a surgir várias tentativas de criação de novos serviços, como forma de substituir os hospitais, por serviços locais baseados na comunidade. Foi com este impulso que começaram a surgir os primeiros programas de reforma em relação aos cuidados da saúde mental em Portugal.

Desta forma, reforçou-se a rede de centros de saúde mental a nível distrital, surgindo os primeiros centros de saúde mental nas áreas metropolitanas (Comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental) como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Organizações não Governamentais (ONG's), para prestarem serviços de suporte comunitário (Fazenda, 2007).

Foi deste modo que, em 1987, nasceu uma organização não governamental designada de Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (A.E.I.P.S), baseada numa abordagem ecológica e contextualista, que através de redes e suportes sociais mantinha as pessoas com experiência em doença mental, activas na vida da comunidade.

Esta associação veio desenvolver um conjunto de serviços de base comunitária (Ornelas, 1987) em termos educacionais, habitacionais, empregos apoiados, utilizando todos os recursos disponíveis para a população em geral, num contexto natural.

A A.E.I.P.S foi a impulsora para que em 1995 as estruturas governamentais reconhecessem a psicologia comunitária em Portugal (Ornelas, 1987) tendo sido formada por um grupo de profissionais e também, por pessoas com doença mental e seus familiares.

Esta associação sendo um centro comunitário, tem desenvolvido parcerias nacionais, diversos projectos, formações, programas de reabilitação psicossocial, eventos nacionais e internacionais com os utilizadores, reuniões, contactos com líderes, organizações, entre outras actividades relacionadas com a área do emprego apoiado; habitação apoiada; grupos de ajuda mútua entre outras.

Mas foi o facto desta associação ter um grupo de ajuda mútua, tema do meu estudo, que me fez perceber a relevância que é existir uma actividade orientada pelos membros do centro, sem a permanência dos técnicos. Sente-se uma concentração de energia, onde os membros falam sobre as suas preocupações, opiniões e onde inclusivamente discutem propostas para apresentar aos técnicos.

Esta associação preserva a participação activa, ou seja, as pessoas com doença mental são ouvidas, escutadas e entendidas tendo elas uma imagem positiva, da sua participação e exposição das suas ideias, como um benefício para si e para todos os outros. Nesta associação existem dois tipos de grupos de ajuda mútua (GAM).

O Grupo de ajuda mútua das mulheres, no qual para além da problemática da doença mental, aborda questões relacionadas especificamente sobre assuntos de mulheres, onde podem falar das suas experiências vivenciadas em termos da diferença de sexos em relação a sentimentos, necessidades sociais entre muitas outras coisas.

Mas para além do grupo de ajuda mútua das mulheres, existe o grupo de ajuda mútua em que a problemática comum é a dos seus membros terem uma doença mental. Este grupo de ajuda mútua existe há cerca de 14 anos e aqui partilham experiências e descobrem, em conjunto, soluções para os seus problemas.

Estes grupos colaboram, positivamente, para uma melhoria e fortalecimento das pessoas com experiência em doença mental em termos sociais (Ornelas, 1987) e bem-estar geral dos

indivíduos “é importante sentir a efectividade e os bons sentimentos dos outros, a força, a confiança e a energia positiva do ambiente humano” (António Coimbra, membro da A.E.I.P.S, 2002).

Apesar da A.E.I.P.S ter sido a primeira a trazer a psicologia comunitária para Portugal, seguidamente nasceram outras organizações onde começaram, também, a funcionar grupos de ajuda mútua para o mesmo tipo de problemática como a ADEB (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares), os psicóticos anónimos e os neuróticos anónimos, todos eles à volta da mesma dificuldade.

Mas, todos estes grupos e organizações de saúde mental têm vindo a crescer, devido às famílias, utentes e profissionais sentirem a necessidade de um sistema de serviços de saúde mental comunitários (relatório de reabilitação psicossocial em saúde mental, 2005).

No entanto esta necessidade tem-se sentido, também, em outras problemáticas diferentes como, na violência doméstica (AMCV), na orientação sexual (ILGA), nos problemas relacionados com o álcool (Alcoólicos Anónimos), nos problemas com drogas (Narcóticos Anónimos) entre outros grupos ligados a instituições de saúde, para ajudar as pessoas a emagrecer, etc.

Todas estas organizações e grupos de ajuda mútua, começaram a nascer e a ter impacto social quando nos anos 90, mais precisamente em 1998, a publicação da Lei de Saúde Mental (a lei nº 36/98 e o Decreto lei nº 35/99) começou a dar relevância ao modelo comunitário como forma de prestação de serviços na saúde mental e como consequência nasceu um movimento de profissionais interessados nesta área.

Desde, então, têm existido conferências a nível nacional de saúde mental, que têm vindo a chamar a atenção para a necessidade de se colocar a saúde mental na agenda da saúde pública em Portugal e de se implantarem as mudanças instituídas pela lei de saúde mental (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental).

Mas foi com a Declaração Europeia de Saúde Mental, em Helsínquia de 2005, que os ministros da saúde da Europa se comprometeram a “desenvolver serviços baseados na comunidade que substituíssem os cuidados prestados em grandes instituições a pessoas com problemas de saúde mental graves” (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental). Desta forma, pretendia-se ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na

comunidade, fora das grandes instituições e o mais próximo dos locais onde habitavam, promovendo a reabilitação e a integração na sociedade em conjunto com outros serviços que a comunidade oferece-se.

Assim, com toda a atenção colocada nas pessoas com doença mental e nos benefícios da comunidade através das organizações existentes, tem-se criado uma rede nacional de pessoas com doença mental. Esta rede, apresentou um documento elaborado unicamente por pessoas com experiência em doença mental, em 2006, onde foram transcritas as suas necessidades e os seus direitos.

Isto apenas foi possível devido ao desenvolvimento do sistema comunitário assente numa filosofia de *empowerment* e na promoção do *recovery* (Kloss, 2005), ou seja, na partilha de poder dos profissionais com as pessoas com experiência em doença mental. “Esta abordagem, ...procura o fortalecimento das pessoas através de organizações de interajuda, nas quais o papel dos profissionais é colaborar com as pessoas, em vez de as controlar.” (Rappaport, 1990.p.144).

Apesar de existirem progressos, ainda permanece um reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal, porque muitos dos serviços existentes de saúde mental, continuam com base no internamento, na consulta externa ou hospital de dia, não dispendo de equipas de saúde mental comunitárias com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise, trabalho com famílias (Gonçalves Pereira, 2006) formação de profissionais, familiares e utilizadores, ou seja, programas de base comunitária que tenham consequências positivas para uma maior integração social, desenvolvendo o processo *empowerment*, para alcançar o *recovery* (Ornelas, 2008).

É fundamental alterar a relação existente entre os serviços comunitários e os sistemas de saúde mental profissional que têm mantido a instabilidade de poder entre profissionais e utilizadores (Rapp, 1998; Ridgway, 2001) citado por Ornelas (2008).

«A arrogância divide os homens,  
a humildade os une»

La Cordaire

## 2.4 Os Profissionais de Saúde Mental

Sendo o meu estudo realizado num contexto comunitário, tenta-se evocar aos profissionais que tenham em conta uma relação de cooperação com os suportes comunitários existentes na comunidade.

Mas apesar de sabermos que a colaboração entre profissionais e os GAM são uma mais valia, muitas das vezes, essa interacção é impedida devido aos profissionais apelarem à separação entre as pessoas com desvantagem e a sua comunidade, criando poucos recursos comunitários para este tipo de população (Ornelas, 2005) para terem todo o domínio perante a pessoa “doente”.

As dificuldades de colaboração têm a ver, principalmente, com o papel que o profissional continua a exercer, sugerindo superioridades na parte do dador (profissional) sobre o receptor (o utente/cliente), não havendo espaço para uma reciprocidade na relação entre eles.

Desta forma, muitas das vezes, o entendimento da problemática com a qual o sujeito vive, não é bem entendida pelos profissionais porque está patente uma relação assimétrica em que toda a sabedoria é percebida para residir no profissional, o que leva a uma perda de saber que vem do aprender a lidar com o dia a dia (Leal, 2005). Assim sendo, o que é valorizado é o conhecimento objectivo e especializado, num determinado espaço e tempo, não tendo propriamente em conta o quotidiano do sujeito.

Mas em contrapartida, os grupos de ajuda mútua (GAM) baseiam-se numa relação entre pares, onde todos partilham um problema comum e onde prevalece uma entajuda recíproca e de forma voluntária (Borkman, 1991; Medvene, 1984).

Nos GAM, o ênfase é colocado no conhecimento proveniente da experiência, que é partilhado pelos pares, que se encontram numa perspectiva de igualdade (Gartner, 1998), permitindo as suas melhoras a baixos custos (Solomon, 2004). Enquanto que nos serviços profissionais, por sua vez, os custos são elevados, fazem com que o “paciente” encare o seu problema criando dependências de pessoas externas e que seja o próprio a dirigir-se aos locais de

tratamento, criando uma atitude de passividade e não de procura das suas necessidades (Julian Rappaport, 1990).

Sendo assim, temos que ter em conta que apesar dos serviços profissionais serem recomendados para certas pessoas e para certas problemáticas, nem todos os sujeitos, que têm problemas relacionados com a saúde mental, podem beneficiar desses serviços (Levine, 1988) daí que procurem os grupos de ajuda mútua.

Estes grupos, para além de serem benéficos para os seus membros, também acabam por oferecer aos profissionais alternativas de cuidados de tratamento, sendo considerados um meio de informação e encaminhamento para estas pessoas obterem ajuda profissional detalhada e desempenhando um papel indirecto na ajuda a certos pacientes que tendem a sobrecarregar o sistema de ajuda profissional, (Leal, 2005).

Apesar de ambos os serviços terem processos diferentes de ajuda, não significa que não possa existir, entre os grupos de ajuda mútua e os profissionais, uma cooperação (Lotery e Jacobs, 1994). Mas enquanto o papel do profissional for marcado pela relação profissional/paciente, onde se cultiva a cultura da doença e a incapacidade, transmitida pelo modelo médico, não se conseguirá proporcionar uma cultura baseada na saúde e nas suas capacidades (Curtis, 1999) citado por (Mead et al, 2001).

Perante este padrão é necessário formar os profissionais para que sejam capazes de aceitar o poder igualitário entre estes e os utilizadores (Wilson, Flanagan e Rynders, 1999), para poder haver uma base de suporte mútuo nos regimes de prestação de cuidados, em detrimento da utilização da intervenção profissional sozinha, que conduz a um maior número de benefícios (Chinman, Kloss, Davidson, e O'Connell, M., 2002).

Temos como exemplo de cooperação o caso de Wollert; Knight e Levy (1984) que demonstra que os grupos mistos conduzem a melhores resultados. Este caso relata um grupo de ajuda mútua de pacientes com cancro que não estava em crescimento, porque havia alguma dificuldade em encontrar novos membros, o que sucedeu foi a introdução da participação dos técnicos, para além de outras respostas ao combate da perda do grupo e o grupo beneficiou.

Este caso é um bom exemplo da participação cooperativa entre membros e profissionais, porque ambos trazem benefícios. Enquanto que a ajuda vinda de um par é mais espontânea,

flexível e duradoura, as influências profissionais no exterior são uma mais valia, para a ligação com os serviços de saúde.

Apesar de ser uma mais valia a cooperação entre estes grupos e os profissionais, temos que ter em conta as contrariedades, patentes nesta união, em relação às diferenças existentes no processo de ajuda, porque enquanto nos grupos existe uma elevada subjectividade e prevalece o conhecimento experimental, nos profissionais existe o formalismo, o conhecimento profissional que os pode distanciar dos sujeitos com quem trabalham (Borkman, 1990).

Mas é através destas divergências que se tentam encontrar, vantagens para ambas as partes. Enquanto os grupos de ajuda mútua beneficiam da informação fornecida pelos profissionais, aumentando o conhecimento sobre os objectivos da ajuda mútua; os profissionais têm a ajuda dos membros na definição de prioridades de investigação, colaborando na recolha dos dados e na análise (Ornelas, 2008), possibilitando os técnicos de verem como eles conseguem desempenhar papéis sociais produtivos numa óptica de “normalidade”, ajudando no combate ao estigma social associado à patologia mental (Solomon, 2004).

Deste modo, é crucial a tentativa de cooperação para uma maior oferta de serviços à disposição da pessoa com doença mental.

**«O único meio de ganhar  
uma discussão é evitá-la»**

Dale Carnegie

#### 2.4.1 - Os Profissionais e os Grupos de Ajuda Mútua

A tentativa de colaboração entre os profissionais e os grupos de ajuda mútua vem desde os inícios da “Era moderna” da ajuda mútua, em 1937 (Abraham do Psychiatrist de Chicago).

Mas como demonstra um estudo de Chesler (1987), os pensamentos referidos pelos profissionais, de saúde mental, sobre os grupos de ajuda mútua, são de que eles são “perigosos” porque criticam o trabalho profissional e geram contratempos com a intervenção dos serviços. Por outro lado um estudo de Lotery & Jacobs (1994) refere que certos grupos que seguem o modelo dos 12 passos são geralmente contra o envolvimento dos profissionais, porque historicamente foram iniciados devido à insatisfação com os serviços profissionais ou ausência dos mesmos. Consequentemente, estes grupos de ajuda mútua que seguem o modelo dos 12

passos, têm uma maior predisposição para pensarem que a ajuda mútua pode substituir a ajuda profissional, dizendo que produzem os mesmos resultados que esta.

Esta mútua incompatibilidade entre profissionais e “consumidores”, de saúde mental, de acordo com Lenrow e Burch (1988) tem a ver com o modo como os “consumidores/leigos” e profissionais se compreendem e apercebem entre si, seja em relação à necessidade de proteger o seu campo de influência, seja porque ambos se sentem vulneráveis ou, ainda, devido à existência de uma dissonância interna entre a ajuda profissional “hierárquica” e a ajuda mútua “igualitária”.

Enquanto esta relação for assimétrica e unidireccional, os profissionais irão ter sempre o poder sobre os “consumidores” atribuindo-lhes pouca importância, determinando a sua passividade e partindo da ideia de que possuem recursos especiais dos quais os “consumidores” necessitam, considerando-os apenas como clientes ou utentes dos programas existentes, não acreditando nas capacidades das pessoas a quem prestam serviços (Ornelas, 2008).

São estas crenças que se encontram já enraizadas que demonstram a fraca evolução na relação de colaboração entre os profissionais e os “consumidores” (Lenrow e Burch, 1988). Todas estas defesas ao desenvolvimento de parcerias entre profissionais e os “consumidores” devem-se às diferenças de atitudes, diferenças de papéis e “laços” de poder (Ben-Ari, 2002) por parte dos profissionais face aos “consumidores”.

Um estudo feito a profissionais de saúde mental, em relação aos serviços de ajuda mútua, refere que continuam a existir atitudes menos positivas face a estes grupos no que diz respeito à problemática da doença mental. Neste estudo, os profissionais afirmam que estes grupos não têm efeitos positivos na população com perturbações psiquiátricas. Esta conclusão poderá ter a ver, também, com o facto destes profissionais terem referido que tinham receio que estes grupos os pudessem prejudicar nos seus serviços, o que revela, uma falta de conhecimento sobre estes serviços, tal como o estudo relata (Hodges et al., 2003).

Embora os serviços de ajuda mútua sejam percebidos como uma ameaça ao sistema tradicional de saúde mental, podem ser vistos como um recurso (Hodges et al., 2003), ou seja, a participação dos sujeitos num grupo de ajuda mútua pode aumentar a sua satisfação com os serviços desempenhados pelos profissionais de saúde mental (Hodges, Markward, Klee e Evans, 2003).

Podemos afirmar, através dos vários estudos, que apesar destes serviços de ajuda mútua serem benéficos para os “consumidores”, não significa que sejam rivais ou prejudiciais para os serviços profissionais. Contudo pretendem que se adopte uma forma de cooperação, para a existência de um sistema coesivo, onde estejam incluídos (Levy, 1978).

Deste modo, os profissionais e consumidores, podem colaborar para que os serviços se tornem mais orientados e efectivos, se cada tipo de serviço estiver consciente do papel que o outro desempenha (Hodges, Markward, Klee e Evans, 2003).

Num estudo elaborado nos E.U.A, mais precisamente, no estado da Califórnia, questionaram-se 426 grupos de ajuda mútua.

Neste estudo verificou-se que 80% destes grupos têm profissionais a trabalhar com eles, sendo a intervenção profissional valorizada e presenciada como indispensável para a eficácia do grupo, desde que respeite e não domine o grupo (Lotery e Jacobs, 1994). Igualmente em 1987, em Los Angels, num workshop sobre a ajuda mútua foram feitas várias recomendações para tornar mais efectiva a interligação dos dois sistemas de suporte (Leal, 2005) porque apesar de desejável a sua colaboração, a falta de informação e preparação para exercer papéis apropriados acaba por ser uma barreira à interacção (Stewart e outros, 1994).

Permanecia, deste modo, a necessidade de um aprofundamento dos papéis dos profissionais e dos papéis dos grupos de ajuda mútua, para que não existissem equívocos ou relações opostas, mas contextos profissionais que tivessem em conta a relação de cooperação.

Surgiu, deste modo, o movimento da saúde mental comunitária, nos anos 80.

Este movimento foi um incentivo para que o psicólogo saísse da clínica privada e fosse supervisionar o trabalho com os não profissionais (Julian Rappaport, 1990) através de relações colaborativas, que promovessem o *empowerment*, ou seja, a mobilização dos membros/organizações na resolução dos seus próprios conflitos (Ornelas, 2003), e a consolidação dos profissionais “... capazes de ancorar a sua prática num conjunto de valores”... no qual pudessem aplicar “ um modelo comunitário consistente e adaptar-se à participação activa e crescente das pessoas com experiência em doença mental” (Ornelas, 1987), através da aprendizagem mútua entre os profissionais e os membros da comunidade.

**«Dar o exemplo não é a melhor  
Maneira de influenciar as pessoas. \_é a única»**

Albert Schweitzer

#### 2.4.2 - Os Profissionais em Contextos Comunitários e os Grupos de Ajuda Mútua na Doença Mental

Os psicólogos comunitários, após a redefinição do seu papel, começaram a ter uma visão da sociedade mais justa (Prilleltensky, 2001) e a compreender os fenómenos sociais e possibilidades de mudança, através do *empowerment* (Ornelas, 2008).

Nasceu, deste modo, uma nova imagem do profissional/ psicólogo, ou seja, o psicólogo comunitário. Este profissional, tem como objectivo principal “o estudo, a compreensão, a conceptualização e a intervenção rigorosa nos processos, através dos quais as comunidades possam melhorar o estado psicológico geral dos indivíduos que nelas vivem” (Ornelas, 2008, pp.37).

O papel do profissional, neste contexto, passou a ter como base uma “filosofia de *empowerment* e promoção do *recovery*” (Kloss, 2005). Isto porque, no contexto comunitário os profissionais aprendem a partilhar o poder com as pessoas com experiência em doença mental, em diversas áreas.

Nas áreas da participação activa, em relação aos processos de decisão e sua organização; nas áreas sobre debates e iniciativas de formação continua; nas áreas de responsabilidade por parte dos utilizadores como, os grupos de ajuda mútua, o suporte *inter pares* e o desempenho de papéis significativos; na prestação directa dos serviços e representação externa da organização e, por fim, na definição de prioridades em termos de investigação, privilegiando metodologias colaborativas e assegurando que os resultados da investigação são utilizados para a melhoria dos serviços e suportes existentes.

Contudo, os profissionais devem, ainda, em relação aos grupos de ajuda mútua, desempenhar papéis iniciais de orientação/liderança, para que essas funções, gradualmente, sejam entregues aos participantes do grupo. Temos como exemplo, os contextos de saúde, em que é comum a utilização de grupos de ajuda mútua, em que num primeiro momento são dinamizados por técnicos responsáveis e de seguida entregues a participantes mais seniores (leal, 2005).

Os profissionais têm, também, o papel de actuarem como consultores, quando solicitados para a resolução de situações-problema. Ao servirem de colaboradores, podem ajudar os membros a alcançar os seus objectivos de acordo com o seu estilo de vida, em vez de, estes, serem conduzidos por interesses de outros e tradições de um sistema de saúde mental profissionalizado. Os psicólogos comunitários devem, também, ajudar a estabelecer grupos de ajuda mútua e encaminhar os seus clientes para esses grupos.

Por fim, através de todas estas funções, podem melhorar as suas práticas terapêuticas observando como estes grupos são eficazes em ajudar os seus membros na sua integração.

Assim podemos inferir que a colaboração só é possível, entre os profissionais e os grupos de ajuda mútua, quando existe uma relação de parceria em relação aos objectivos a alcançar; quando existe uma compreensão do modo de funcionamento de cada um dos contextos, tendo em conta os seus valores; quando permanece uma relação baseada na flexibilidade dos valores e abordagens diferentes e por fim, quando existe uma prática de partilha continua de responsabilidades (Monteiro, 2000).

Deste modo, colocando o profissional, o seu status de parte, inicia-se uma relação essencialmente de respeito e aceitação das perspectivas do grupo. Admitindo desta maneira um maior conhecimento em relação ao funcionamento dos grupos de ajuda mútua e às diferentes ideologias de cada organização.

Os profissionais começam a ter um papel de prestação de suporte necessário à comunidade e (Ornelas, 2008) passam a ser um “agente de mudança e parceiro de confiança, não esquecendo a consciência crítica, sentido de justiça e compaixão” (Kelly, 2003).

Passam a ter uma relação de proximidade com a comunidade, num processo de aprendizagem mútua, com ênfase no fortalecimento das competências dos cidadãos, criando uma relação de autonomia para com eles mesmos (Perkins e Zimmerman, 1995), aceitando a colaboração (Lotery e Jacobs, 1994), a igualdade dos cidadãos (Ornelas, 2003) e a diversidade das comunidades (Dalton, Elias e Wandersman, 2001) que fazem parte da psicologia comunitária.

A classe profissional começa a entender, com a psicologia comunitária, que “os profissionais não detêm o monopólio da ajuda” (Julian Rappaport, 1990) e que sozinhos não têm capacidade para desenvolver caminhos de modificação (Heller, Price, Reinharz, Riger e Wandersman, 1984), até porque são os cidadãos que sabem o que a comunidade mais precisa,

e.g. os resultados são mais positivos na participação dos clientes dirigida pelos “consumidores” do que na participação dos clientes dirigida por não “consumidores” (Clarke et al., 2000) citados por (Simpson, House e Barkham, 2002).

Através desta mudança de atitude dos profissionais, que a psicologia comunitária promoveu, surgiu um maior reconhecimento dos grupos de interajuda e dos grupos de “consumidores” no qual está patente um maior respeito pela diversidade das pessoas em acreditar nas suas potencialidades e capacidades (Jullian Rappaport, 1990), ou seja, as pessoas com doença mental começaram a ter uma maior credibilidade em desempenhar uma série de papéis na sociedade. Passou-se de um movimento social a um processo de ajuda interpessoal que contínua em desenvolvimento (Monteiro, 1997).

Com o crescimento destes grupos, embora de uma forma lenta (Gartner, 1998) e de uma melhor definição dos papéis dos vários serviços de ajuda, a assimetria começou a desaparecer, sendo que esta diminuição veio facilitar este tipo de suporte entre os técnicos (kaufman et al., 1989) diminuindo, também, a relação de desconfiança dos “consumidores” em relação aos profissionais (Chamberlin, Rogers e Ellison, 1996).

Nestas duas, últimas, décadas sabe-se que tem existido uma crescente aceitação por parte dos profissionais face aos grupos de ajuda mútua (Gartner, 1998) resultados esses que se têm demonstrado em estudos que comprovam a correlação, positiva, entre a ajuda mútua e a satisfação com o tratamento profissional (Hodges et al., 2003).

Podemos, também, inferir que o número considerável de organizações de ajuda mútua que são iniciadas pelos profissionais (Katz & Bender, 1990), são factores de cooperação. Isto tendo em conta que o número de envolvimento profissional com os grupos de ajuda mútua é superior a 70 % (Lotery & Jacobs, 1994).

Um outro estudo revela que mais de 50% dos grupos de ajuda mútua, para pessoas com HIV e pessoas com cancro, têm ligações com profissionais de saúde (Adamsen, 2002), e é na área da saúde que os números se mostram mais colaborativos entre os grupos, os profissionais e as agências de saúde (Schubert & Borkman, 1991), também, Shepherd, Schoenberg, Slavich, Wituk, Warren e Meissen (1999), num estudo efectuado a 22 grupos de ajuda mútua, sobre doença mental, verificaram que a maior parte destes, tinham contacto com os profissionais.

Podemos denotar que em geral os técnicos consideram que os GAM são úteis na assistência às pessoas com doença mental devido ao suporte, que estes grupos dão, aos seus membros em termos de compreensão, ajuda e redução da solidão (Dunne e Fitzpatrick, 1999).

Tem-se verificado que, para as pessoas portadoras de doença o impacto destes grupos é fundamental porque são capazes de lidar com as consequências psicológicas e sociais do risco da doença (Adamsen, 2002), reduzindo os sintomas da doença e a permanência em meios hospitalares, aumentando a qualidade de vida através da existência de um maior suporte social e como consequência desenvolvem uma maior integração comunitária (Davidson et al; 1999; Kyrouz & Humphreys, 1996).

Apesar de todos estes benefícios apontados pelos membros, Laudet e White (2005) referem que embora as atitudes, na generalidade, sejam percepcionadas, também pelos profissionais, de forma positiva, (e.g. os grupos que seguem o modelo dos 12 passos, são vistos como especialmente úteis no tratamento de comportamentos aditivos em geral e na dependência do álcool em particular como referem os autores Dunne e Fitzpatrick, (1999)) ainda contactamos com resistências a este tipo de suporte.

As defesas dos profissionais, apontadas aos grupos de ajuda mútua, são a falta de profissionalismo dos membros, a falta do suporte empírico da efectividade do grupo e por fim as crenças ligadas ao risco de dependência dos membros e à sua utilidade como limitada no tempo. Assim, sendo, é natural que num estudo (Salzer et al; 2001) se tenha verificado que os profissionais, de saúde mental, consideram os grupos liderados por eles como mais benéficos em relação aos grupos de ajuda mútua liderados por pares. Acrescentando a ideia de que o suporte prestado por outro com a mesma problemática não traz ajuda efectiva, porque quem ajuda tem as mesmas limitações de quem é ajudado (Salzer e colegas, 1999).

Contudo percepcionamos no estudo de Lenrow e Burch (1988) que, também, os “leigos/consumidores” têm crenças baseadas nos profissionais. Referem que, estes, estão mais preocupados com os seus interesses do que em ajudar os seus “clientes” e que têm, além do mais, um conhecimento limitado que produz efeitos contrários não desejados. Querem com isto dizer, que a sua presença dificulta o *empowerment* dos membros e os grupos tendem a ter uma menor duração, porque os membros ficam desiludidos com as suas limitações e retiram-se após um período de grande envolvimento (Shepherd, Schoenberg et al; 1999).

Estas percepções, entre ambos, ainda existem, principalmente, devido à dificuldade dos profissionais em aceitar estes grupos tal como são e os tentem avaliar como se o seu papel se tratasse de um profissional. Enquanto isto suceder e não houver um diálogo continuado (Dixon, Krauss e Lehman; 1994) entre os “consumidores/utentes” e os profissionais, acabará por não existir uma colaboração tão eficaz quanto se desejaria, porque as atitudes face a essa parceria são uma pré-condição significativa para o seu desenvolvimento (Farquharson & Cardinal, 1990).

É de todo relevante os profissionais tomarem consciência da existência destes grupos como fonte de bem-estar para o sujeito comum e percebam que o suporte *inter pares* é essencial na prestação de serviços. Só, então, estes grupos se poderão difundir e ser encarados como um recurso fundamental aos serviços de saúde mental.

### III – Método

#### 3.1 Caracterização dos Participantes e Método de Amostragem do Estudo

Os participantes deste estudo são setenta e quatro profissionais de diversas profissões relacionadas com a saúde mental, que executam as suas funções, em contextos públicos e privados, na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Os profissionais de saúde mental foram escolhidos através de uma amostragem não aleatória por conveniência, nas cidades de Lisboa, Setúbal e Barreiro.

Os profissionais de saúde mental de Lisboa pertencem a uma (ONG) Instituição Não Governamental (A.E.I.P.S); a uma clínica psiquiátrica privada (Clínica Privada de São José) e a um hospital geral (Hospital de Santa Maria).

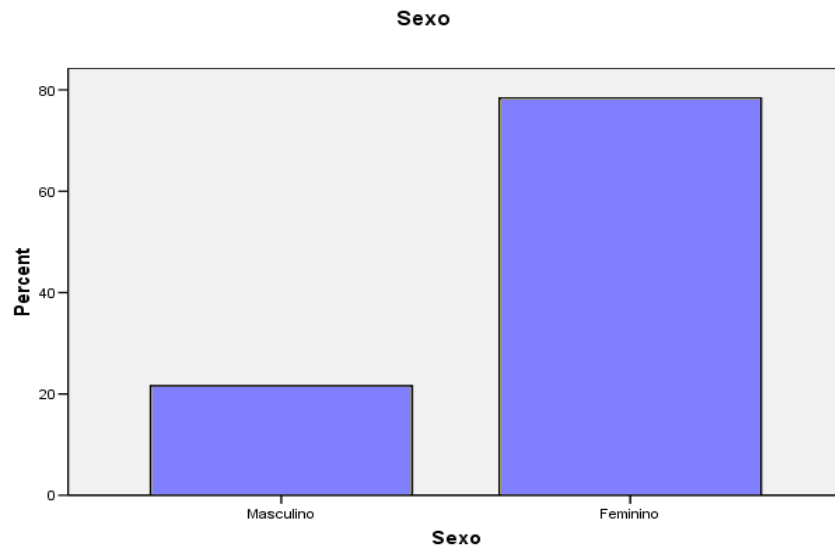
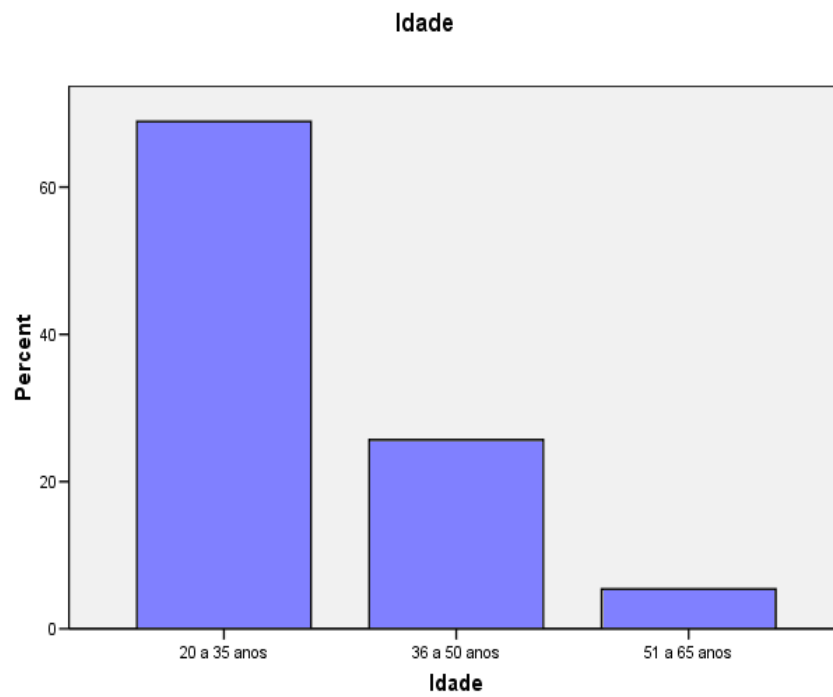
Os profissionais de saúde mental de Setúbal pertencem a um hospital psiquiátrico (Hospital Psiquiátrico de São Bernardo) e a uma (IPSS) Instituição Particular de Solidariedade Social (Associação Fernando Ilharco).

Por fim, os profissionais de saúde mental do Barreiro referem-se a duas (IPSS`s) Instituição Particular de Solidariedade Social (Associação Rumo e Associação Persona).

#### *Caracterização dos profissionais participantes*

Em relação aos dados adquiridos no que se refere à *Informação Pessoal* dos participantes (profissionais de saúde mental), quanto à variável *Sexo* e *Idade*, a informação obtida foi de que de sessenta e seis são do sexo masculino (21, 6%) e cinquenta e oito são do sexo feminino (78, 4%) (Figura 1) (Output).

No que confere à *Idade*, a maioria tem entre vinte e trinta e cinco anos (68,9%), enquanto que entre trinta e seis e cinquenta anos apenas existem dezanove profissionais (25,7%) e por fim, entre cinquenta e um e sessenta e cinco anos o número de profissionais é menor sendo apenas quatro (5,4%) (Figura 2) (Output).

FIGURA 1: O *sexo* dos profissionaisFIGURA 2: A *idade* dos participantes/profissionais

Relativamente à *Informação Profissional*, ou seja, às variáveis *Instituição*; *profissão*; *tempo de trabalho neste local* e *tempo de desempenho* da mesma, por parte dos profissionais.

Os dados obtidos, em relação ao *contexto institucional*, foram de que onze dos profissionais (14, 9%) pertencem a instituições públicas, enquanto que a maioria, cerca de sessenta e três (85,1%) pertencem a instituições particulares (Figura 3) (Output).

Em relação à *profissão*, vinte e quatro são psicólogos (32,4%), treze são enfermeiros (17,6%), onze correspondem a técnicos de reabilitação (14,9%), dez são técnicos de emprego apoiado (13,5%) e por fim, dezoito (21,6%) não pertencem a nenhuma das outras categorias profissionais (e.g. psiquiatra, assistente social, animador sociocultural, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicopedagoga, terapeuta psicomotor, etc.) (Figura 4) (Output).

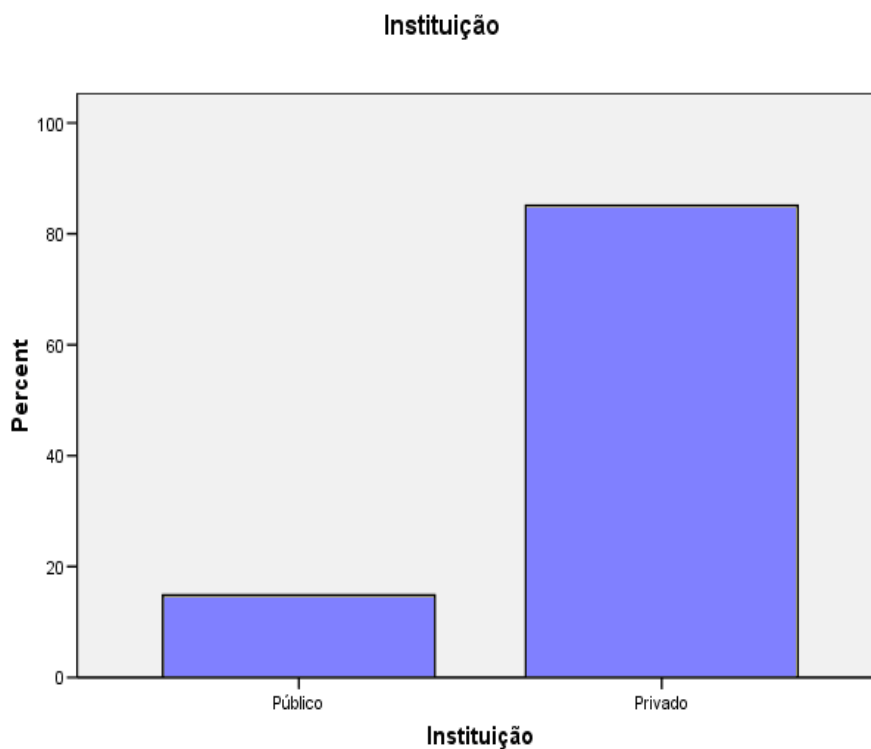


FIGURA 3: O *contexto* profissional (público/privado)

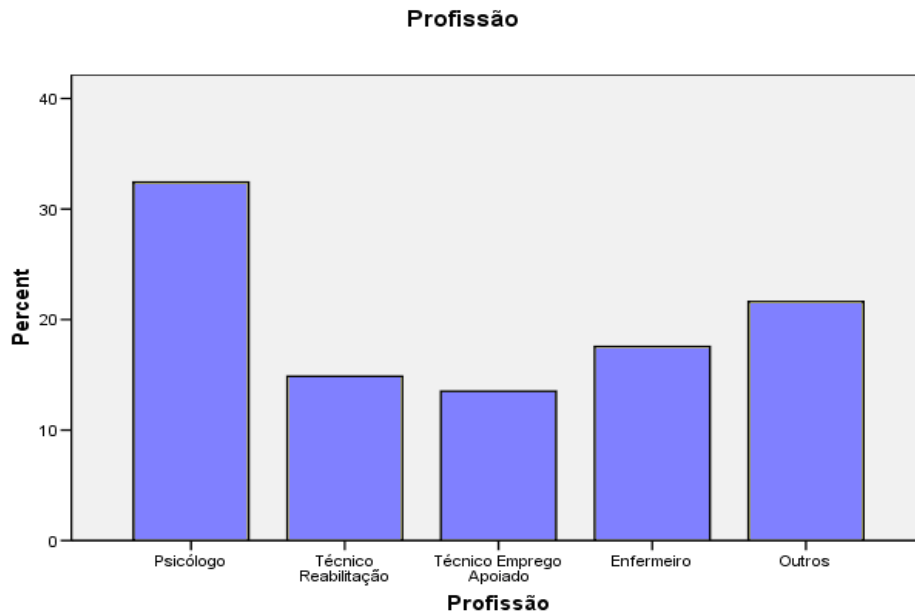


FIGURA 4: As *profissões* dos profissionais, mais significativas da amostra

Ainda relativamente à *Informação Pessoal*, em relação à variável *tempo de trabalho*, a maioria dos profissionais, quarenta e cinco (60,8%), está à menos de cinco anos no mesmo local de trabalho, em contrapartida existe um menor número, vinte e nove profissionais (39,2%), a trabalhar à mais de cinco anos no mesmo local (Figura 5) (Output).

Quanto aos anos relativos ao *tempo de desempenho* da profissão, trinta e nove dos profissionais (52,7) desempenha, a mesma, à menos de cinco anos enquanto que trinta e cinco dos profissionais (47,3) estão à mais de cinco anos a desempenhar a profissão (Figura 6) (Output).

Relativamente à *Informação acerca da ligação pessoal à problemática* por parte dos profissionais, mais concretamente em relação à variável de algum *membro familiar ter recebido tratamento ou ter estado hospitalizado devido a uma doença mental*, apenas vinte e dois profissionais (29,7%) refere ter tido um familiar hospitalizado ou a receber tratamento devido a uma situação de doença mental, enquanto que cinquenta e dois profissionais (70,3%) menciona nunca ter tido um familiar hospitalizado ou em tratamento, devido a uma doença mental (Figura 7) (Output).

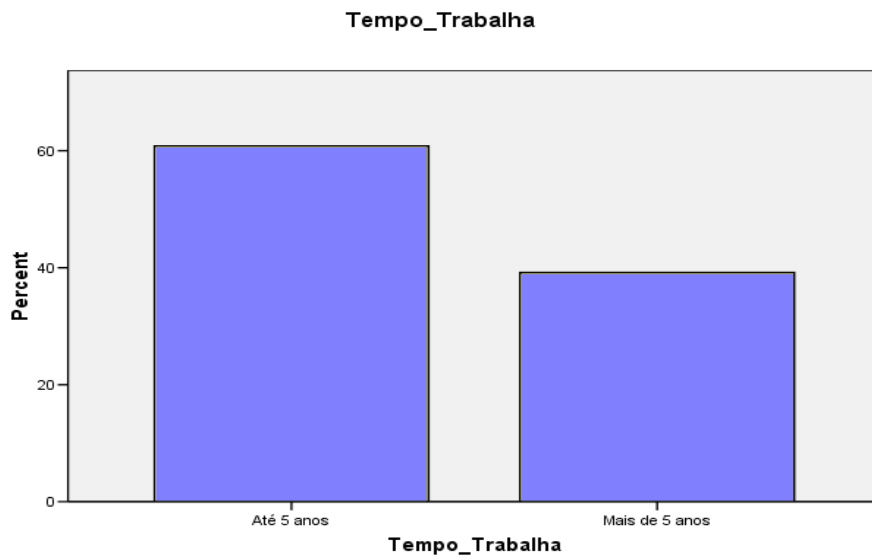


FIGURA 5: Anos de *experiência profissional no mesmo local*

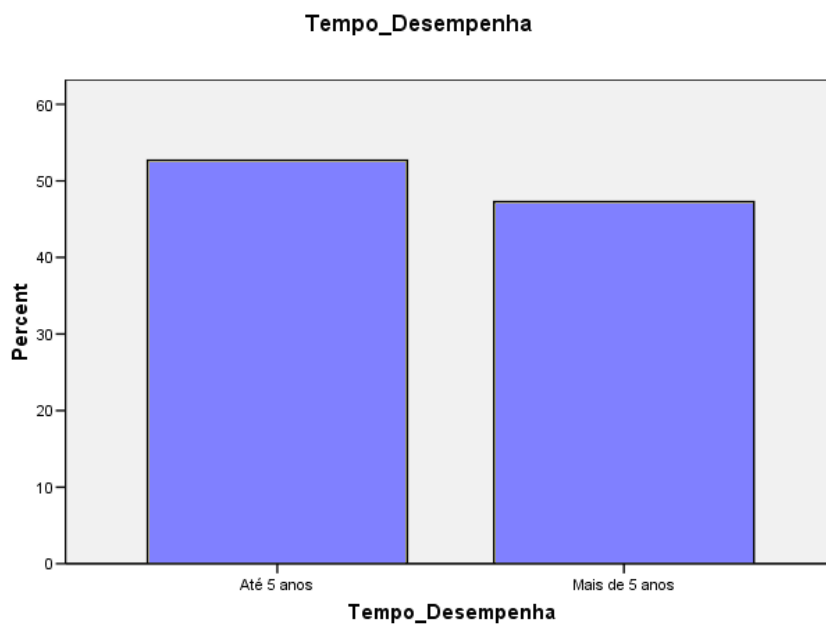


FIGURA 6: Anos de *experiência profissional*

Em relação, ainda, à *Informação acerca da ligação pessoal à problemática*, em relação à variável já *recebeu tratamento ou esteve hospitalizado, devido a uma doença mental* a grande maioria, cerca de setenta e dois profissionais (97,3%), refere nunca ter recebido tratamento ou ter estado hospitalizado devido a uma doença mental, só dois profissionais (2,7%) mencionam que já estiveram internados ou que receberam tratamento devido a uma doença mental (Figura 8) (Output).

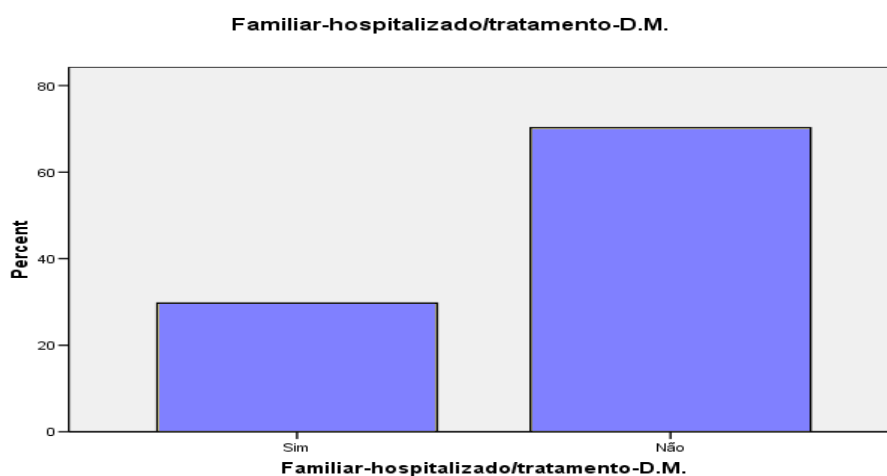


FIGURA 7: Ligação familiar com a doença mental

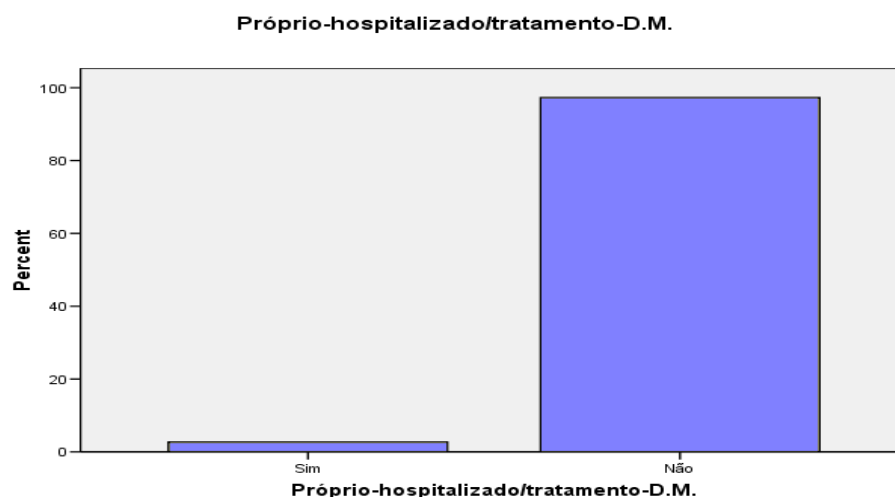


FIGURA 8: Ligação pessoal com a doença mental

Caracterizando os profissionais quanto à *Informação pessoal com o tema do estudo*, mais precisamente em relação às variáveis de *participação* enquanto membro de um GAM; *colaboração* com algum GAM e por fim *formação* sobre os GAM.

Os profissionais referem que quanto à *participação* num GAM, apenas um (1,4%) dos setenta e três (98,6) profissionais mencionaram já ter participado (Figura 9) (Output). Em relação à *colaboração* com algum grupo de ajuda mútua, vinte e quatro profissionais (32,4) referem colaborar ou ter já colaborado, enquanto que cinquenta (67,6%) descrevem que nunca colaboraram (Figura 10) (Output). Por fim, quarenta e seis profissionais (62,2%) dizem ter formação sobre os GAM em oposição a vinte e oito profissionais (37,8) que mencionam não ter tido qualquer espécie de formação (Figura 11) (Output).

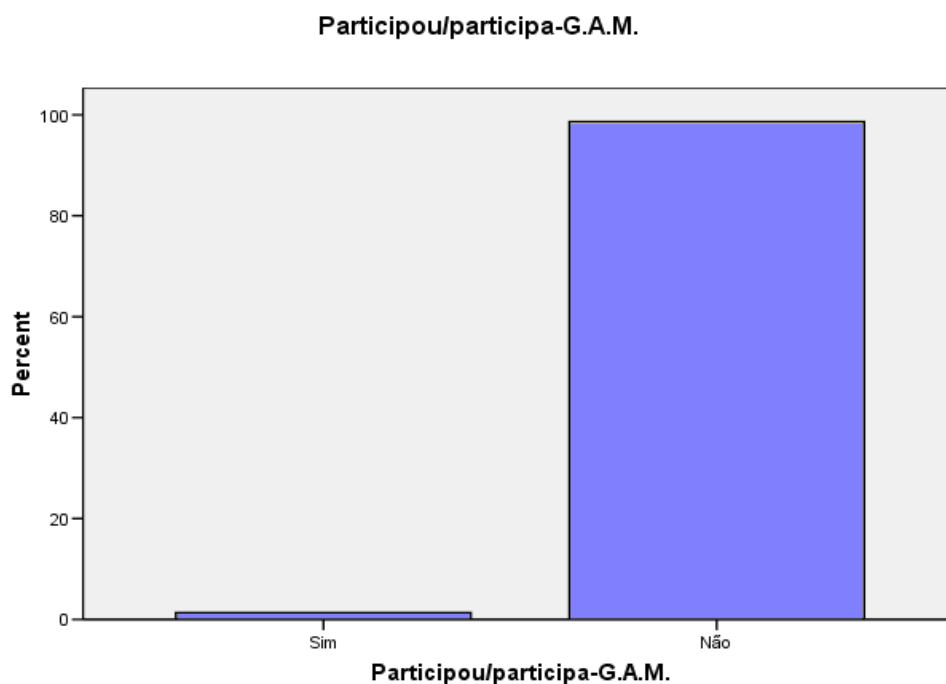


FIGURA 9: *Participação* do profissional enquanto membro, em algum GAM  
(Grupo de Ajuda Mútua)

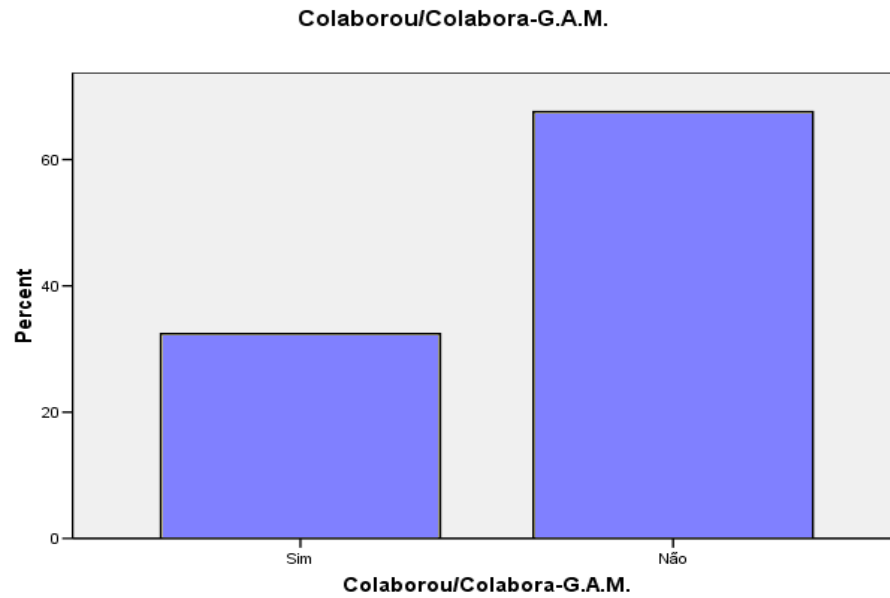


FIGURA 10: *Colaboração do profissional com algum GAM (Grupo de Ajuda Mútua)*

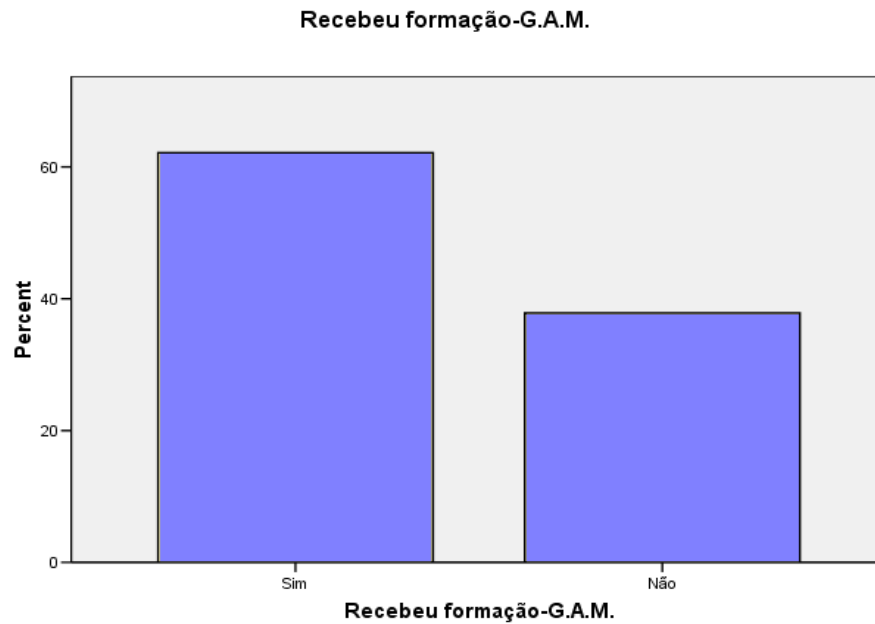


FIGURA 11: *Formação do profissional sobre os GAM's (Grupos de Ajuda Mútua)*

### *Método de amostragem do estudo*

A presente investigação tem como objectivo, analisar o conhecimento, opinião e atitudes dos profissionais no campo da saúde mental, face aos GAM (Grupos de Ajuda Mútua) constituídos por pessoas com doença mental, tendo ou não contacto com os mesmos.

Por outras palavras, este estudo pretende conhecer qual a familiaridade, encaminhamento e julgamento dos profissionais de saúde mental face a estes grupos de ajuda mútua e perceber em que medida os GAM interferem com o seu trabalho enquanto profissionais de saúde mental, tal como verificar em que medida os GAM são importantes para proporcionar aos seus utentes, apoios que os profissionais não dispõem.

Deste modo, tendo em conta a medição de atitudes, a metodologia de investigação utilizada foi do tipo correlacional.

O estudo correlacional procura examinar as relações entre variáveis, “estabelecer relações mais definitivas entre elas por meio da verificação de hipóteses de associação ou da verificação de modelos teóricos, de maneira a compreender melhor um fenómeno ou iniciar uma explicação do que se passa numa determinada situação” (Fortin e Ducharme, p.173), verificando-se a natureza (força e direcção) das relações possíveis entre variáveis, visando trabalhos de investigação anteriores ou bases teóricas (Brink e Wood, 1989; Diers, 1979) citados por (Fortin e Ducharme, 2003).

Assim, pretendeu-se correlacionar a ligação pessoal e familiar do profissional face à doença mental e analisar se essa experiência vivencial contribui para uma maior frequência de encaminhamento para estes grupos de ajuda mútua.

Ainda relativamente à experiência vivida na prática, averiguou-se se a familiaridade, com os grupos de ajuda mútua está correlacionada com o facto de o profissional já ter participado, colaborado ou ter tido formação sobre estes grupos, conferindo desta forma se a condição experimentada contribui para uma maior frequência de encaminhamento da parte dos profissionais para estes grupos de ajuda mútua.

Verificou-se, também, a possibilidade da participação e colaboração vivenciadas na prática pelos profissionais, influenciarem a maneira como crêem no processo do *recovery*, através dos grupos de ajuda mútua.

Segundo o processo *recovery*, analisou-se se os profissionais que têm um maior conhecimento e julgamento profissional, tal como uma maior frequência no encaminhamento de membros para estes grupos, são sinais de uma convicção neste tipo de suporte como promotores no acesso ao *recovery*.

Determinou-se, também, se o contexto (público/privado) em que o profissional trabalha faz com que exista uma concepção diferente entre os profissionais face ao conhecimento/familiaridade. Isto porque o profissional que trabalha num contexto institucional normalmente tem um maior conhecimento da psicologia comunitária o que poderá levar a um maior conhecimento face aos GAM's e como consequência uma maior frequência de encaminhamento, por parte dos profissionais. Prevalendo um menor centrismo profissional e por sua vez um pensamento de menor interferência face a estes grupos.

Para além do ambiente (contexto) em que o profissional trabalha, também se analisou se a profissão do profissional de saúde mental tem influência no conhecimento destes grupos, tal como uma visão mais benéfica dos mesmos. Por fim, verificou-se se a profissão influencia a importância dada a estes grupos e como consequência se existe uma maior frequência no encaminhamento de membros face a estes grupos deduzindo que existe uma maior esperança em acreditar no processo *recovery* através dos mesmos.

Apesar de podermos inferir relações ou associações entre factores ou variáveis não podemos, por si só, afirmar que um factor ou variável causa a outra (Diers, 1979) citado por (Fortin e Ducharme, 2003).

Este tipo de estudo comporta questões de investigação quanto à natureza das relações previstas entre as variáveis que podem ser positivas, se as variáveis ou factores variarem na mesma direcção (correlação positiva) ou podem ser negativas, se as variáveis ou factores variarem simultaneamente em direcções opostas (correlação negativa) (Fortin e Ducharme, 2003).

No que se refere ao método, a abordagem é quantitativa segundo a amostragem por conveniência, ou seja, os participantes são incluídos no estudo à medida que estes se encontram num local preciso (Fortin e Ducharme, 2003).

### 3.2 Delineamento do Estudo

Tendo em conta o objectivo do estudo, ou seja, o conhecimento, opinião e as atitudes dos profissionais face aos grupos de ajuda mútua específicos para pessoas com doença mental, procurou-se através de uma análise quantitativa, verificar a relação ou associação entre as variáveis.

Desta forma, utilizou-se um estudo do tipo correlacional, para averiguar as correlações que possam levar a barreiras na colaboração, entre os profissionais e os grupos de ajuda mútua, tentando identificar factores que possam influenciar os processos envolvidos na relação entre ambos (Stewart et al., 1994).

Isto, porque sabemos que à partida os factores (conhecimento/opinião/atitudes) dos profissionais influenciam os seus comportamentos, logo se estes grupos forem entendidos como relevantes pelos profissionais, as iniciativas dos grupos irão aumentar e expandir-se, sendo encarados como um recurso ao serviço da saúde mental contribuindo para o *empowerment* profissional e consequentemente dos seus membros e abrindo, deste modo, um caminho para o *recovery*.

Deste modo, é importante medir a força das atitudes dos profissionais, tendo em conta que, as pessoas normalmente se comportam de acordo com as suas atitudes mais fortes, do que com as suas atitudes mais fracas (Bassili, 1993, 1995; Kraus, 1995).

Inicialmente fez-se a descrição empírica das variáveis independentes, ou seja, observou-se quais as percentagens e medidas de tendência central e dispersão para caracterizar, da melhor forma, a amostra. Assim sendo, pretendeu-se analisar se as variáveis divergiam entre os profissionais quanto ao *sexo*, à *idade*, à *profissão*, aos *contextos profissionais*, aos *anos de experiência profissional* e *anos de experiência profissional no mesmo local*, tal como em relação à *ligação pessoal e familiar do profissional com a doença mental* e por fim, à *informação pessoal com o tema do estudo (participação, colaboração e formação)*.

Seguidamente, comparei as médias da minha amostra, ou seja, verifiquei as médias das variáveis dependentes (V.D.) com as variáveis independentes (V.I.).

As variáveis dependentes dizem respeito à *familiaridade* dos profissionais com os GAM; ao *juízo profissional* quanto aos benefícios/desvantagens dos GAM; à *frequência de*

*encaminhamento* com que os profissionais encaminham membros para os GAM; à *interferência* dos GAM com o trabalho profissional; ao *valor/importância* dos GAM para além dos serviços profissionais; aos *índices de centrismo profissional* face aos GAM e por fim, ao papel dos GAM em relação ao processo *Recovery*.

As variáveis independentes são constituídas pelas características dos participantes sendo o *sexo*; a *idade*; a *instituição/contexto*; a *profissão*; os *anos de desempenho* da profissão; o *tempo de trabalho* no mesmo local; se o *próprio ou algum membro da sua família foi hospitalizado ou ficou em tratamento*; se o profissional *participa ou participou*; se *colabora ou colaborou* e por fim, se tem *formação* com os GAM.

Através da correlação, entre as variáveis independentes e variáveis dependentes, averigui se eram estatisticamente significativas empregando testes adequados. Contudo antes de realizar cada teste verifiquei se os dados seguiam uma distribuição normal para saber que tipo de testes aplicaria, ou seja, se aplicaria testes paramétricos ou testes não paramétricos.

Deste modo, executei correlações entre variáveis dependentes quantitativas. A relação entre a *familiaridade* dos profissionais e a *frequência de encaminhamento* dos mesmos e, também, a correlação entre o processo *recovery* e as restantes variáveis (*familiaridade*; *frequência de encaminhamento*; *julgamento profissional*; e *valor/importância dos GAM*).

Por último, tendo em conta os meus resultados, elaborei questões de investigação para aprofundar todos os dados que se apresentaram significativos para o estudo, sendo os resultados essenciais argumentados na discussão.

Tendo em conta que estamos a utilizar um estudo correlacional, temos que admitir hipóteses para o nosso estudo, no que diz respeito à natureza (força e direcção) das relações previstas entre as variáveis (Fortin e Ducharme, 2003) ou por outro lado, temos que admitir questões de investigação, que tal como as hipóteses “precisam o objectivo, delimitam as variáveis de investigação e as suas relações mútuas assim como a população estudada” (Fortin e Ducharme, 2003, pp.99).

As questões de investigação são premissas em que se apoiam os resultados de uma investigação (Talbot, 1995), “são enunciados interrogativos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada...e precisam as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas”.

Desta forma, elaborei questões de investigação de acordo com o objectivo do estudo.

A 1ª questão apresentada pretendia: *Examinar os profissionais de saúde mental que trabalham em contextos públicos (meios hospitalares) e os profissionais que trabalham em contextos privados (meios institucionais) sobre a sua familiaridade face aos GAM.*

Ainda em relação ao contexto profissional referi outras duas questões de elevada pertinência para o estudo.

A 2ª questão consistia em: *Verificar qual a influência do contexto em que os profissionais trabalham face à frequência de encaminhamento dos profissionais de membros para os GAM, tal como em relação à interferência dos GAM com o seu trabalho.*

A 3ª questão pretendia: *Analisar a influência do contexto no qual os profissionais trabalham, em relação ao centrismo profissional.*

Tendo em conta outra variável, também ela, pertinente para o estudo elaborei outras questões de investigação tendo em conta a profissão do profissional.

A 4ª questão tinha como objectivo: *Verificar a influência da profissão dos profissionais de saúde mental, sobre a sua familiaridade, julgamento, importância/valor e encaminhamento face aos grupos de ajuda mútua.*

A 5ª questão: *Analisa a influência da profissão sobre o crer no processo recovery através dos GAM.*

Em relação ao contacto experimental ou teórico dos profissionais com os grupos de ajuda mútua formaram-se algumas questões de investigação relevantes para a investigação de acordo com a variável ligação pessoal com o tema do estudo e a variável ligação pessoal à problemática.

A 6ª questão visava: *Avaliar os efeitos da ligação pessoal com o tema do estudo (se participa ou participou, se colabora ou colaborou e por fim, se recebeu formação dos GAM) sobre a familiaridade dos profissionais face aos GAM.*

A 7ª questão pretendia: *Examinar a influência da ligação pessoal com o tema do estudo (se participa ou participou, se colabora ou colaborou e por fim, se recebeu formação dos GAM) sobre o processo recovery através dos grupos de ajuda mútua.*

A 8ª questão tinha como objectivo: *Analisar os efeitos da colaboração dos profissionais em grupos de ajuda mútua, sobre a frequência de encaminhamento de membros para estes grupos.*

A 9ª questão apresentada consistia em: *Determinar a ligação pessoal à problemática, (se o próprio ou algum membro da sua família foi hospitalizado ou ficou em tratamento) com a frequência de encaminhamento dos profissionais de membros sobre os GAM.*

No que se refere à correlação entre algumas das variáveis dependentes, também se realizaram questões essenciais para um melhor entendimento das opiniões, conhecimentos e atitudes dos profissionais do estudo.

A 10ª questão pretendia: *Verificar qual a influência da familiaridade dos profissionais de saúde mental com os GAM, sobre a frequência de encaminhamento dos membros para este tipo de grupos de ajuda mútua.*

A 11ª questão baseava-se em: *Determinar a influência dos efeitos da familiaridade, frequência de encaminhamento, julgamento profissional e valor/importância dos GAM, sobre a crença no processo recovery.*

Com as questões de investigação colocadas após a análise de algumas relações entre as minhas variáveis independentes (Parte III do questionário) e as variáveis dependentes (Parte I do questionário) não esquecendo a análise do *centrismo profissional* e a análise do *processo recovery* (Parte II do questionário) através dos GAM, senti apenas necessidade de apresentar alguns dados, mais significativos, de acordo com as estatísticas retiradas, exceptuando alguns casos que mesmo não apresentando resultados significativos foram uma mais valia para ir ao encontro apenas das minhas questões de investigação.

### 3.3 Instrumentos do Estudo

No âmbito desta investigação, foi utilizado como instrumento quantitativo um questionário, pois possibilita que seja respondido pelo próprio participante sem necessitar de assistência e “permite colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes” (Fortin, Grenier e Nadeau, p.p.245,2003).

Optou-se, assim, por um instrumento de natureza quantitativa, visto ser essencial na forma como obtém a informação e depois como a generaliza e também como possibilita um melhor controlo dos enviesamentos (Fortin, Grenier e Nadeau, 2003).

Tendo em conta a necessidade desta investigação, a obtenção de informações junto dos profissionais de saúde mental sobre os GAM para pessoas com experiência de doença mental, optou-se por um questionário intitulado de “ Conhecimento e Opinião sobre Grupos de Ajuda Mútua constituídos por Pessoas com Experiência de Doença Mental” (Anexo A) tendo em vista a sua proximidade com o estudo.

Este questionário, traduzido e adaptado de Chinman, Kloss, O’Connell & Davidson (2002) pelo grupo de investigação sobre ajuda mútua sob orientação de Monteiro, Fátima (2007) teve origem no projecto *Consumer and Family NetWork Development*, criado pelo programa de suporte comunitário do centro de saúde mental SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (Anexo B).

O questionário traduzido e adaptado para a língua portuguesa, resultou de várias reuniões entre o grupo de investigação de ajuda mútua, de forma a garantir que não existissem questões ambíguas ou pouco claras para os participantes.

O questionário encontra-se dividido em três partes:

A primeira parte é composta por cinco itens onde se pretende verificar a *familiaridade* (1-nada familiar a 5-muito familiar) dos profissionais face a estes grupos; o *juízo profissional* (1-muito prejudiciais a 5-muito benéficos) face aos GAM; a *frequência de encaminhamento* (1-nunca a 5-muito frequente) com que os profissionais encaminham membros para estes GAM; a *interferência* (1-interfere bastante a 5-não interfere) dos GAM com o trabalho

profissional e por fim, o último item refere-se à *importância/valor* (1-nada importantes a 5-muito importantes) deste tipo de grupos como recurso além dos serviços profissionais.

A segunda parte é constituída por quarenta e três itens que avaliam as atitudes dos profissionais sobre os GAM a nível financeiro, a nível benéfico entre outras dimensões. Mas importa mencionar que desta segunda parte, apenas se avaliaram itens, relativos aos indicadores de *centrismo profissional* (e.g. “Se for questionado (a) por colegas de profissão acerca de GAM para doentes mentais desencorajarei o seu desenvolvimento”) e ao processo *recovery* (e.g. “Os GAM ajudam a combater o estigma associado à doença mental e fomentam a esperança para o processo de recovery dos seus membros”).

Em relação à medição das atitudes dos participantes/profissionais, nestas duas partes do questionário (Parte I e Parte II), foi utilizada uma escala de Likert que avalia o posicionamento do profissional face a um conjunto de itens, atribuindo a cada item uma resposta entre 1 (Discordo Totalmente) e 5 (Concordo Totalmente).

Enquanto que a terceira parte diz respeito à informação pessoal (*Sexo, Idade*); informação profissional (*instituição/contexto, profissão, anos de profissão e tempo de desempenho* da mesma); informação acerca da ligação pessoal à problemática (*se o próprio ou algum membro da sua família foi hospitalizado ou ficou em tratamento*) e à informação acerca da ligação pessoal com o tema do estudo (*se o profissional participa ou participou; se colabora ou colaborou* e por fim, *se tem formação com os GAM*).

Nesta terceira parte as questões são quase todas fechadas e dicotómicas, ou seja, o participante apenas responde (sim ou não), salvo raras exceções (*tempo que trabalha, tempo que desempenha* e que *profissão* executa) que foram, mesmo assim, categorizadas posteriormente.

Não quero deixar de mencionar que nas respostas aos questionários, foram protegidos os princípios éticos, garantindo a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

Deste modo, foi atribuído a cada questionário um código identificador único, substituindo o nome que apenas foi registado na carta de consentimento informado (Anexo C).

### 3.4 Procedimento do Estudo

Inicialmente realizou-se uma primeira reunião, no Centro Comunitário, aberta a todos os membros da AEIPS onde puderam pronunciar-se na sugestão de áreas que gostavam de ser estudadas e investigadas.

Dos vários temas sugeridos pelos membros, optei por escolher o tema da Ajuda Mútua como área de investigação, mas se de início seria sobre as atitudes dos membros face aos grupos de ajuda mútua após algumas reflexões optei pelo estudo das atitudes dos profissionais sobre os mesmos, porque o conhecimento dos profissionais, face aos GAM, influencia os seus comportamentos o que irá permitir não só uma maior tomada de consciência dos grupos de ajuda mútua e da natureza dos seus programas como, também, uma maior intenção de desenvolver relações colaborativas, reflectindo-se na referência e encaminhamento a este tipo de suporte do qual, os GAM dependem em grande parte.

Desta forma podemos inferir que se existir esse conhecimento dos profissionais sobre os GAM, é mais fácil para os próprios compreenderem se vêm este tipo de grupos como benéficos ou prejudiciais, como grupos importantes ou não, entre outros aspectos.

Após esta primeira reunião e a escolha do tema de investigação, passou-se a realizar reuniões com o grupo de investigação da área da ajuda mutua, para além do acompanhamento do orientador nas respectivas aulas, com objectivos de trabalho desde a investigação teórica até à investigação prática, onde se analisou ponto por ponto, o questionário, até se encontrar a melhor tradução e adaptação. Foram, também, tidas em conta e analisadas as cartas de consentimento informado de acordo com o contexto a contactar.

Entretanto, para a recolha da amostra dos participantes/profissionais, os elementos do grupo de investigação foram divididos por diferentes contextos (públicos/privados), em que num primeiro momento se contactaram as instituições via telefone (apenas aquelas que não possuíamos qualquer tipo de informação) e deixou-se aos dirigentes a iniciativa do contacto inicial com os profissionais.

Num segundo momento existiu em cada instituição uma sessão para uma breve apresentação dos objectivos de estudo, do consentimento informado e dos instrumentos, a cada director/coordenador da respectiva instituição (pública ou privada), tendo-se estabelecido como

procedimento a distribuição dos questionários, feita por cada coordenador, a cada profissional numa sala em conjunto com outros profissionais ou individualmente (porque as instruções dadas oralmente a um grupo de profissionais eram as mesmas para cada um em particular) até porque cada profissional preenchia individualmente o seu questionário.

Todos os questionários entregues tinham em conta o número estimado de profissionais existentes de acordo com o estudo, nos quais após a sua recolha era atribuído um número de código de acordo com a instituição, mantendo porém o anonimato dos dados.

Além de tudo isto, foi pedido que todos os participantes quando terminassem o preenchimento, assinassem o consentimento informado para não existirem dados duplos de um mesmo profissional.

Em relação ao seu retorno, uns dados foram recolhidos logo no momento, outros foram recolhidos posteriormente mas, também, pessoalmente e outros através do correio.

Após a recolha de todos os dados, aos quais todo o grupo de investigação da área da ajuda mútua teve acesso através da partilha entre colegas, iniciou-se individualmente o tratamento estatístico com a utilização do sistema SPSS.

Em primeiro introduzi os resultados da Parte I, Parte II (apenas utilizei para o estudo os itens 1, 2, 10, 13, 16 e 40 potenciais indicadores de *centrismo profissional* e os itens 15, 19, 20, 23, e 41 potenciais indicadores de *recovery*) e Parte III do questionário no SPSS e, de seguida, descrevi empíricamente a amostra através da análise estatística descritiva, ou seja, verifiquei quais as percentagens, as medidas de tendência central e dispersão que permitiam caracterizar melhor a minha amostra de acordo com as variáveis independentes (V.I.) do estudo.

As variáveis independentes são as que estão patentes na Parte III do questionário e correspondem ao *sexo*; à *idade*; à *instituição/contexto*; à *profissão*; aos *anos de desempenho* da profissão; ao *tempo de trabalho* no mesmo local; à *ligação pessoal à problemática* (se o próprio ou algum membro da sua família foi hospitalizado ou ficou em tratamento) e por último à *ligação pessoal com o tema do estudo* (se o profissional participa ou participou; se colabora ou colaborou e por fim, se tem *formação* com os GAM).

Seguidamente, realizei a comparação entre as médias de algumas V.I. com algumas V.D. (variáveis dependentes).

As variáveis dependentes encontram-se referenciadas na Parte I e Parte II do questionário e correspondem à *familiaridade* com os GAM; ao *juízo profissional* quanto aos benefícios/desvantagens dos GAM; à *frequência de encaminhamento* com que os profissionais encaminham membros para os GAM; à *interferência* dos GAM com o trabalho profissional; ao *valor/importância* dos GAM para além dos serviços profissionais; aos *índices de centrismo profissional* face aos GAM e por fim, ao papel dos GAM, percebidos pelos profissionais, em relação ao *Recovery*).

Através da comparação das médias de algumas variáveis dependentes e independentes, verifiquei se existiam diferenças estatisticamente significativas empregando testes adequados. Contudo antes de realizar cada teste analisei se os dados seguiam uma distribuição normal para saber que tipo de testes aplicaria (paramétricos ou não paramétricos).

Se a distribuição seguisse uma distribuição normal, tinha que utilizar testes paramétricos, se a distribuição não seguisse uma distribuição normal os testes a utilizar tinham que ser os não paramétricos (estatística inferencial).

Os testes utilizados neste estudo foram os não paramétricos, porque apesar do *Teste Anova One-Way* se aplicar quando se pretende testar duas ou mais amostras independentes (extraídas da mesma população ou de populações diferentes) (Maroco, 2003) este teste tem 2 pressupostos que precisam de ser verificados antes de o podermos utilizar (Normalidade e Homogeneidade de Variâncias). Desta forma, não se pode utilizar este teste para a comparação das médias dos scores do questionário (porque basta um dos sig. ou p-values se encontrar abaixo dos 0,05 para não seguir uma distribuição normal).

Deste modo, o teste utilizado teve que ser o *Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney* (para 2 amostras independentes) e *Teste de Kruskal-Wallis* (para mais de 2 amostras independentes) que se encontram incluídos nos testes não paramétricos.

A utilização do teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* serviu para encontrar diferenças entre todas as variáveis dependentes (*familiaridade; juízo profissional; frequência de encaminhamento; interferência; o valor/importância; índices de centrismo profissional; Recovery*) com algumas das variáveis independentes (*Sexo* (Masc/Fem); *participa ou participou* (Sim/Não); *se colabora ou colaborou* (Sim/Não) e o *Contexto* (Público/Privado)).

Utilizou-se ainda o teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* para verificar se existiam diferenças significativas da variável (V.D) *Familiaridade* com as variáveis (V.I.) *tempo de trabalho no mesmo local; colaboração e formação*. Também se analisou a variável (V.D.) *encaminhamento* com as variáveis (V.I) tendo em conta se *o próprio ou algum membro da sua família tinha sido hospitalizado ou tinha ficado em tratamento*. Por fim, procurou-se analisar a variável (V.D.) *Recovery* com as variáveis (V.I) *colaboração e formação*.

Empreguei, também, o *Teste de Kruskal-Wallis* para analisar todas as variáveis dependentes (V.D.), já mencionadas, com as variáveis independentes (V.I.) *Idade* (20-35/36-50/51-65) e *profissão* (Psicólogo, Técnico de Reabilitação, Técnico de Emprego Apoiado, Enfermeiro, entre outros).

Por fim, aplicou-se, o Coeficiente de Pearson para relacionar as duas variáveis quantitativas dependentes (a *Familiaridade* com a *Frequência de Encaminhamento*) a fim de analisar se existia uma correlação entre a familiaridade e o encaminhamento, por parte dos profissionais, para este tipo de grupos. Tal como se utilizou, este teste, para correlacionar *o recovery* com a *familiaridade, frequência de encaminhamento, julgamento profissional e importância* dos GAM.

Contudo convêm ter em conta que as correlações variam entre -1 e 1. E que as correlações entre 0 e 0,3 são fracas; as correlações entre 0,3 e 0,6 são razoáveis; e as correlações de 0,6 a 1 são fortes. O mesmo se aplica para o lado negativo.

Tendo em conta toda a análise estatística apresentada descritivamente, elaborei questões de investigação de acordo com os dados mais significativos encontrados no presente estudo, deste modo irei apresentar e desenvolver os resultados através de uma discussão acerca dos mesmos, mas sem antes, analisar as variáveis dependentes do meu estudo.

### 3.5 Variáveis Dependentes do Estudo

As variáveis dependentes do meu estudo têm em conta a *familiaridade*, ou seja, o conhecimento que os profissionais têm acerca deste tipo de grupos; o *juízo profissional* quanto aos benefícios/desvantagens dos GAM; a *frequência de encaminhamento* com que os profissionais encaminham membros para os GAM; a *interferência* dos GAM com o trabalho profissional; o *valor/importância* dos GAM para além dos serviços profissionais; os *índices de centrismo profissional* face aos GAM e por fim, o papel dos GAM, percebidos pelos profissionais, em relação ao *Recovery*).

Apesar de não ser usual utilizar, a nível estatístico, a análise descritiva das variáveis dependentes, optei mesmo assim, por fazê-la, mas tendo em conta apenas a média (medida de tendência central mais adequada) de cada variável dependente, que compõe o meu estudo, obtendo uma ideia geral face às atitudes dos profissionais (Output).

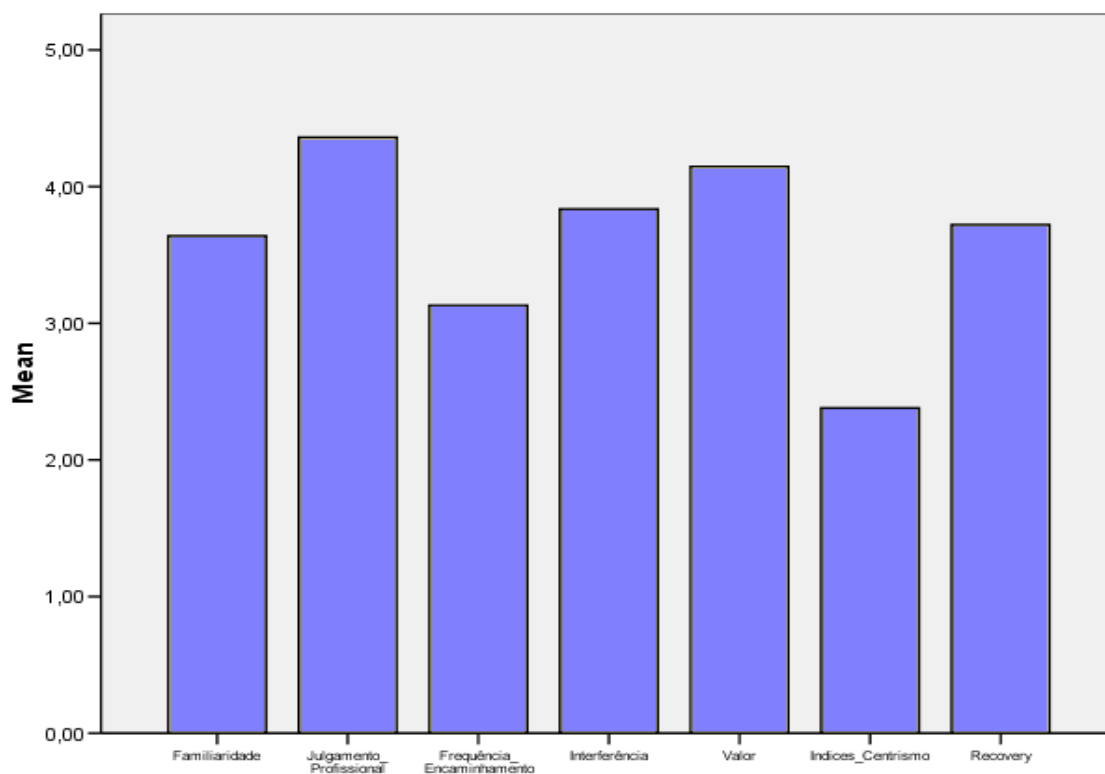


FIGURA 12: Variáveis dependentes do estudo

Através do gráfico de barras podemos concluir que em termos globais, considerando as respostas de todos os profissionais a todas as questões, os resultados mencionam que os profissionais têm pouco conhecimento sobre os grupos de ajuda mútua, sendo a média de 3,2. A média de respostas, correspondente ao (3) numa escala de 1 a 5 (1-Nada Familiar a 5-Muito Familiar) significa que os profissionais têm *Pouca Familiaridade* com os grupos de ajuda mútua.

No que se refere à *frequência de encaminhamento*, a média de respostas é de 3,1. Isto significa que numa escala de 1 a 5 (1-Nunca a 5-Muito Frequentemente) os profissionais *ocasionalmente encaminham* os utentes/clientes para os grupos de ajuda mútua.

Em termos gerais, também, se verifica que estes profissionais têm a percepção de que existe alguma *interferência* por parte dos grupos de ajuda mútua com o seu trabalho, sendo a média de 3,8. Deste modo, numa escala de 1 a 5 (1-Interfere Bastante a 5-Não Interfere) a média de respostas, correspondente ao (3), significa que os profissionais vêm estes grupos de ajuda mútua com *pouca interferência* no seu trabalho.

Apesar dos profissionais, ainda, percepcionarem os grupos de ajuda mútua com alguma interferência face à prestação dos seus serviços. Estes profissionais, no seu *juízo profissional* numa escala de 1 a 5 (1-Muito Prejudiciais a 5-Muito Benéficos) consideram este tipo de grupos como *benéficos* sendo a média de 4,4 correspondente ao (4) numa escala de Likert.

Podemos concluir que os profissionais na generalidade reconhecem estes grupos como um recurso importante (*valor/importância*) para proporcionar aos seus utentes apoios que enquanto profissionais não têm ou não dispõe. Numa escala de 1 a 5 (1-Nada Importantes a 5-Muito Importantes) consideram este tipo de grupos como *importantes* sendo a média de 4,1 correspondente ao (4) numa escala de Likert.

Em relação ao *centrismo profissional* os resultados numa escala de 1 a 5 (1-Discordo Totalmente a 5-Concordo Totalmente) apontam para a percepção, por parte dos profissionais, de que os seus serviços são os elementos centrais do sistema de saúde mental, sendo a média de 2,5 correspondente ao (2) numa escala de Likert.

Por fim, os profissionais do estudo ainda não revelam uma atitude esclarecedora face ao papel destes grupos como caminho para chegar ao *recovery* sendo a média de 3,7 numa escala de de 1 a 5 (1-Discordo Totalmente a 5-Concordo Totalmente) corresponde ao (3) (3-Não Concordo, Nem Discordo) tendo em conta as várias respostas possíveis.

#### IV – Apresentação e Análise dos Resultados

Após a análise de todas as variáveis a nível descritivo, irei proceder à análise dos resultados do estudo com a decomposição das possíveis correlações entre as variáveis, já referidas, indo ao encontro das minhas questões de investigação.

A partir das respostas ao questionário sobre “Conhecimento e Opinião sobre Grupos de Ajuda Mútua constituídos por Pessoas com Experiência de Doença Mental” foi realizada uma análise de conhecimentos dos profissionais sobre os grupos de ajuda mútua.

Os dados recolhidos foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 15.

Desta forma, comecei por apresentar e analisar todos os resultados referentes às questões de investigação tendo em conta o objectivo do estudo.

A 1ª questão apresentada pretendia: *Examinar os profissionais de saúde mental que trabalham em contextos públicos (meios hospitalares) e os profissionais que trabalham em contextos privados (meios institucionais) sobre a sua familiaridade face aos GAM.*

Analisando descritivamente a variável *Contexto* quanto à *familiaridade* dos profissionais, os valores médios são maiores no grupo de profissionais que trabalha em contexto privado, mostrando que é no contexto privado que existe uma maior familiaridade com esta forma de suporte, em oposição aos profissionais que prestam os seus cuidados em contextos públicos, apresentando uma média inferior.

Mas apesar dos valores médios apresentarem diferenças, quando analisados estatisticamente, essas diferenças não se revelam significativas entre os contextos ( $p=0,105$ ), (Output).

A 2ª questão de investigação consistia em: *Verificar qual a influência do contexto em que os profissionais trabalham, face à frequência de encaminhamento dos profissionais de membros para os GAM, tal como em relação à interferência dos GAM com o seu trabalho a nível profissional.*

No que se refere à variável *encaminhamento* os profissionais que trabalham em contextos privados, apresentam uma média superior no encaminhamento de novos membros para

estes grupos, face aos profissionais de contextos públicos que raramente encaminham novos membros, existindo deste modo diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,46$ ), (Output).

Analisando a variável quanto à *interferência*, observa-se que são os profissionais que trabalham em contextos públicos que apresentam o valor médio mais elevado, ou seja, consideram os GAM com menor interferência face ao desempenho dos seus serviços, face aos profissionais dos contextos privados que apresentam a média inferior no que se refere á interferência, ou seja, encaram os GAM como interferindo mais com o seu trabalho. Estas variáveis quando analisadas estatisticamente apresentam diferenças significativas ( $p=0,120$ ), (Output).

A 3ª questão pretendia: *Analisar a influência do contexto no qual os profissionais trabalham, em relação ao centrismo profissional.*

Os indices de centrismo profissional estão patentes em ambos os contextos, mas são os profissionais de contextos públicos que apresentam maiores indices de centrismo profissional, enquanto que os profissionais de contextos privados têm um menor centrismo profissional face aos GAM, apesar dessa diferença não ser significativa ( $p=0,794$ ), (output).

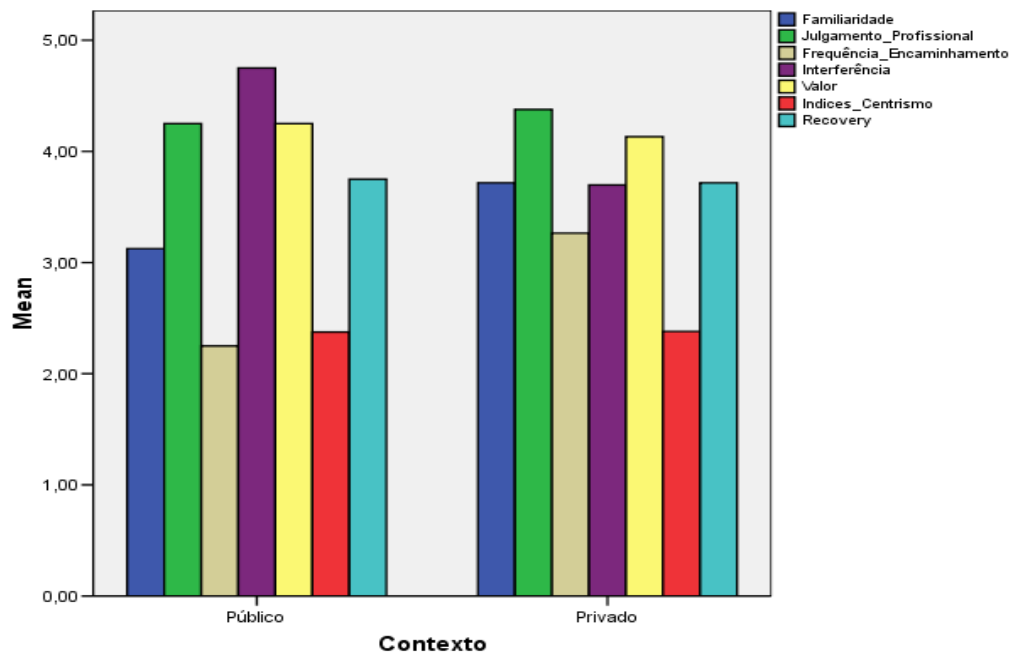


FIGURA 13: A correlação da variável *contexto* (público/privado) com as variáveis dependentes do estudo

A 4ª questão tinha como objectivo: *Verificar a influência da profissão dos profissionais de saúde mental, sobre a sua familiaridade, julgamento, importância/valor e encaminhamento face aos grupos de ajuda mútua.*

Analisando descritivamente a variável profissão, quanto à *familiaridade* dos profissionais com os grupos de ajuda mútua (GAM), verificou-se que existem diferenças em relação a média dos scores entre os vários grupos de profissionais, sendo os técnicos de reabilitação, os técnicos com maior familiaridade, ao contrário dos enfermeiros que são o grupo de profissionais com menor familiaridade. Quando analisada a diferença entre os diferentes grupos de profissionais, a profissão revela-se como estatisticamente significativa ( $p=0,049$ ), (Output).

Descrevendo a variável profissão face ao *julgamento profissional* sobre os GAM, observa-se que existem diferenças significativas face às diferentes profissões. Contudo, apesar de ambos os profissionais considerarem os GAM como benéficos, a média dos scores é superior nos profissionais técnicos de emprego apoiado, em oposição aos enfermeiros ( $p=0,008$ ). (Output).

Em relação à variável *Profissão* quanto ao *valor/importância* destes grupos, verifica-se que apesar de ambas as profissões atribuírem grande importância a estes grupos, são os profissionais técnicos de emprego apoiado que atribuem maior importância aos GAM e os psicólogos os que atribuem menor importância, existindo deste modo diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,003$ ), (Output).

Quanto à *frequência de encaminhamento* de novos membros, para os GAM, são os profissionais técnicos de reabilitação que apresentam uma média superior, ou seja, que mais frequentemente encaminham novos membros para os GAM, em oposição aos enfermeiros que raramente o fazem. Tendo em conta estas diferenças acentuadas, verificámos que estatisticamente são significativas ( $p=0,010$ ), (Output).

A 5ª questão de investigação pretendia: *Analisar a influência da profissão sobre o crer no processo recovery através dos GAM.*

O *recovery* é observado pelos vários tipos de profissionais de forma diferente ( $p=0,011$ ), (output) sendo o *recovery* afectado significativamente pela profissão.

Os técnicos de reabilitação e emprego apoiado são os que consideram este tipo de grupos como um meio para chegar ao *recovery*, em contrapartida são os enfermeiros e,

seguidamente, os psicólogos, que apresentam um menor valor médio com isto dizendo que têm mais dificuldades em ver o alcance do *recovery* da pessoa com doença mental, através destes grupos.

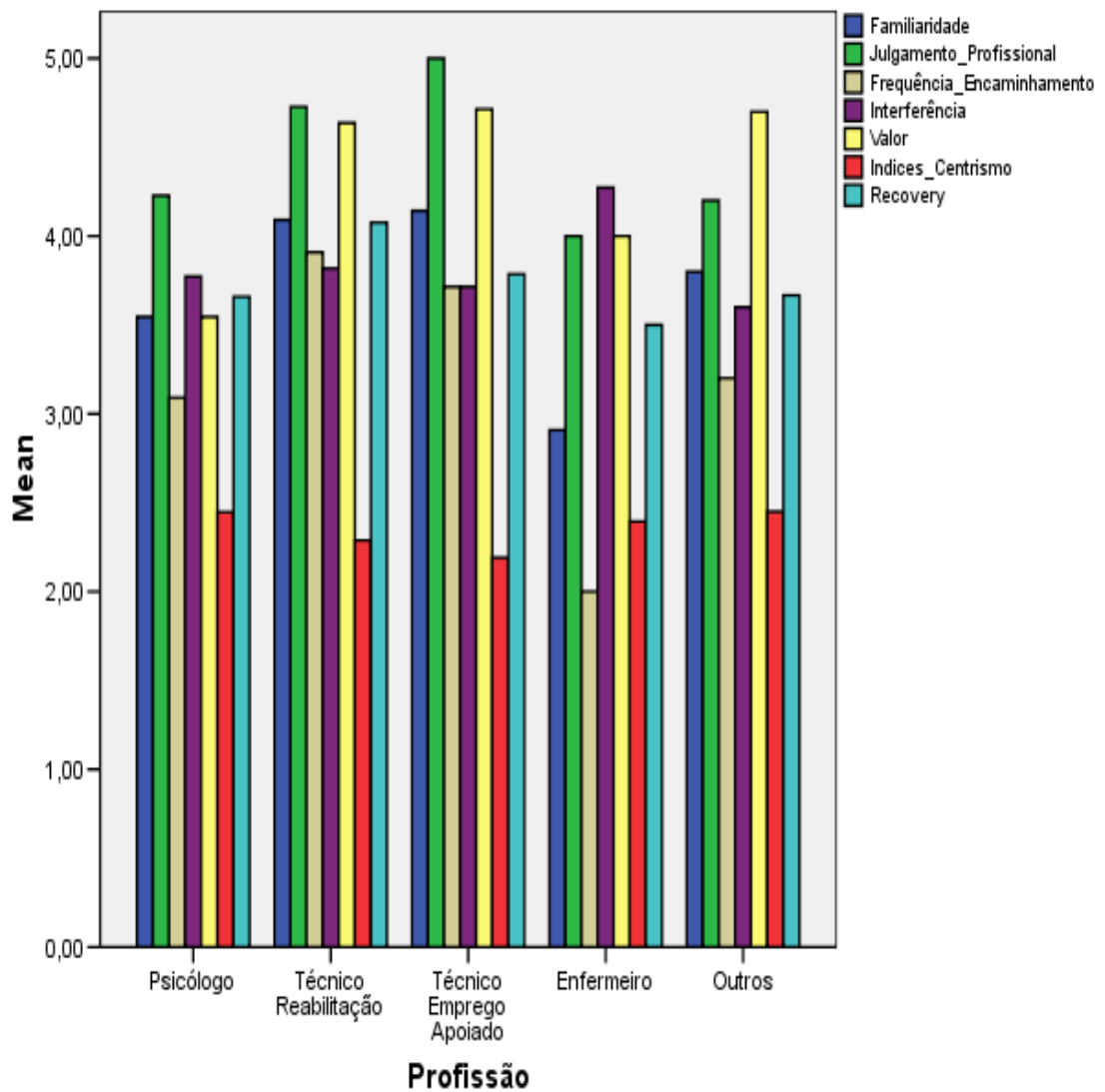


FIGURA 14: A correlação da variável *profissão* com as variáveis dependentes do estudo

A 6ª questão de investigação visa: *Avaliar os efeitos da ligação pessoal com o tema do estudo (se participa ou participou, se colabora ou colaborou e por fim, se recebeu formação dos GAM) sobre a familiaridade dos profissionais face aos GAM.*

Analisando descritivamente a variável *participação* quanto à *familiaridade* dos profissionais, os valores médios são maiores no grupo de profissionais que nunca participou, mostrando que têm mais familiaridade com esta forma de suporte, por oposição aos profissionais que já participaram, apresentando uma média inferior. Isto acontece devido à existência de apenas um único profissional ter participado num grupo de ajuda mútua. Assim sendo, apesar dos valores médios apresentarem diferenças, quando analisados estatisticamente, essas diferenças não são significativas entre os que participaram e os que nunca participaram enquanto membros num GAM ( $p=0,337$ ), (Output).

Analisando a variável *formação* quanto à *familiaridade* dos profissionais, os valores médios são maiores no grupo de profissionais que já tiveram formação sobre os GAM, mostrando mais familiaridade com esta forma de suporte, por oposição aos profissionais que nunca tiveram formação, apresentando uma média inferior, ou seja, mostrando terem pouca familiaridade com estes grupos. Assim sendo, as diferenças observadas estatisticamente apresentam-se como significativas ( $p=0,000$ ), (Output).

Verificando descritivamente a variável *colaboração* quanto à *familiaridade* dos profissionais, os valores médios são maiores no grupo de profissionais que já colaboraram ou colaboram com algum GAM, mostrando mais familiaridade com esta forma de suporte, por oposição aos profissionais que nunca colaboraram, apresentando uma média inferior, ou seja, apresentando pouca familiaridade face aos grupos de ajuda mútua. Desta forma, estas diferenças observadas estatisticamente, mostram-se significativas entre os que colaboraram e os que nunca colaboraram ( $p=0,000$ ), (Output).

A 7ª questão pretendia: *Examinar a influência da ligação pessoal com o tema do estudo (se participa ou participou, se colabora ou colaborou e por fim, se recebeu formação dos GAM) sobre o processo recovery através dos grupos de ajuda mútua.*

O *recovery* é observado pelos profissionais que não participaram em nenhum GAM como uma maior possibilidade através destes grupos, face aos profissionais que já participaram, sendo

o seu valor médio superior. Contudo estatisticamente não são significativos estes valores ( $p=0,358$ ), (output)

O *recovery* é observado pelos profissionais que já colaboraram com os GAM como uma maior possibilidade através destes grupos sendo o seu valor médio superior face aos profissionais que nunca colaboraram, apresentando estatisticamente valores significativos ( $p=0,001$ ), (output).

Em relação à variável *formação* dos profissionais quanto ao alcance do *recovery a partir destes grupos*, verifica-se que ambos os profissionais atribuem importância a estes grupos como possibilidade de meio para chegar ao *recovery* (tendo formação ou não) mas são os profissionais que já tiveram formação sobre os GAM que atribuem maior valor aos mesmos, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,012$ ), (Output).

A 8ª questão tinha como objectivo: *Analisar os efeitos da colaboração dos profissionais em grupos de ajuda mútua, sobre a frequência de encaminhamento de membros para estes grupos.*

Em relação à *frequência de encaminhamento*, são os profissionais que já colaboraram ou colaboram que apresentam valores superiores face ao encaminhamento, em oposição aos profissionais que nunca tiveram essa experiência. Como consequência os profissionais que nunca colaboraram têm uma média inferior face à frequência de encaminhamento de novos membros para estes grupos. Sendo que, existem diferenças estatisticamente significativas entre a colaboração e o encaminhamento ( $p=0,000$ ), (Output).

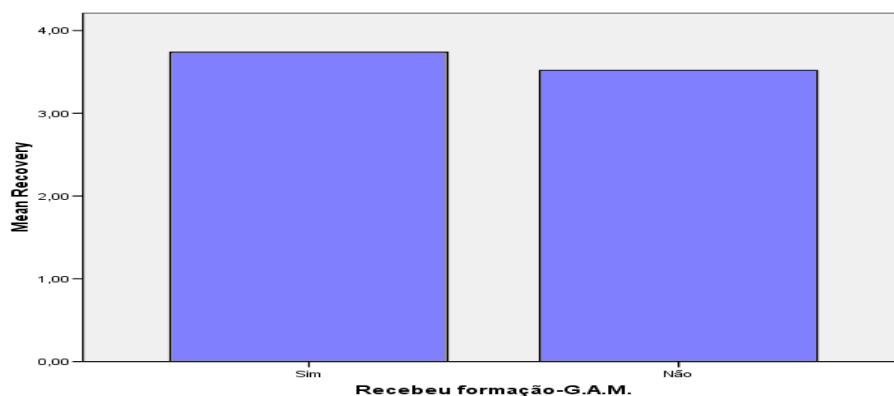


FIGURA 15: A correlação da variável da ligação pessoal com o tema do estudo (Formação) sobre o processo *recovery*

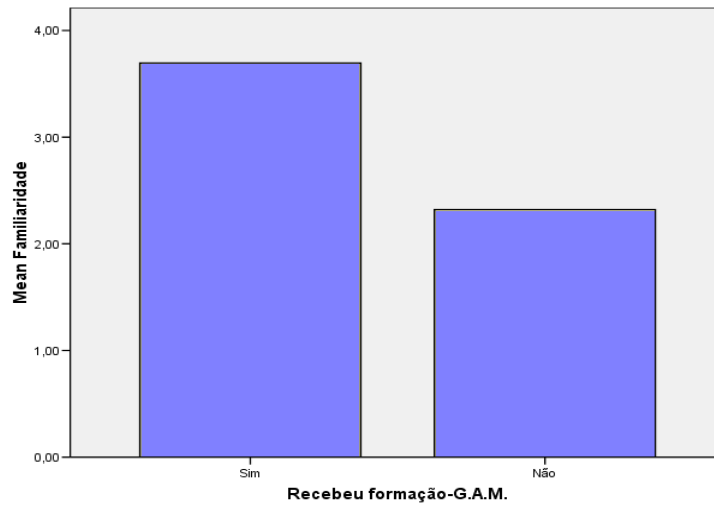


FIGURA 16: A correlação da variável *da ligação pessoal com o tema do estudo (Formação)* sobre a *familiaridade*

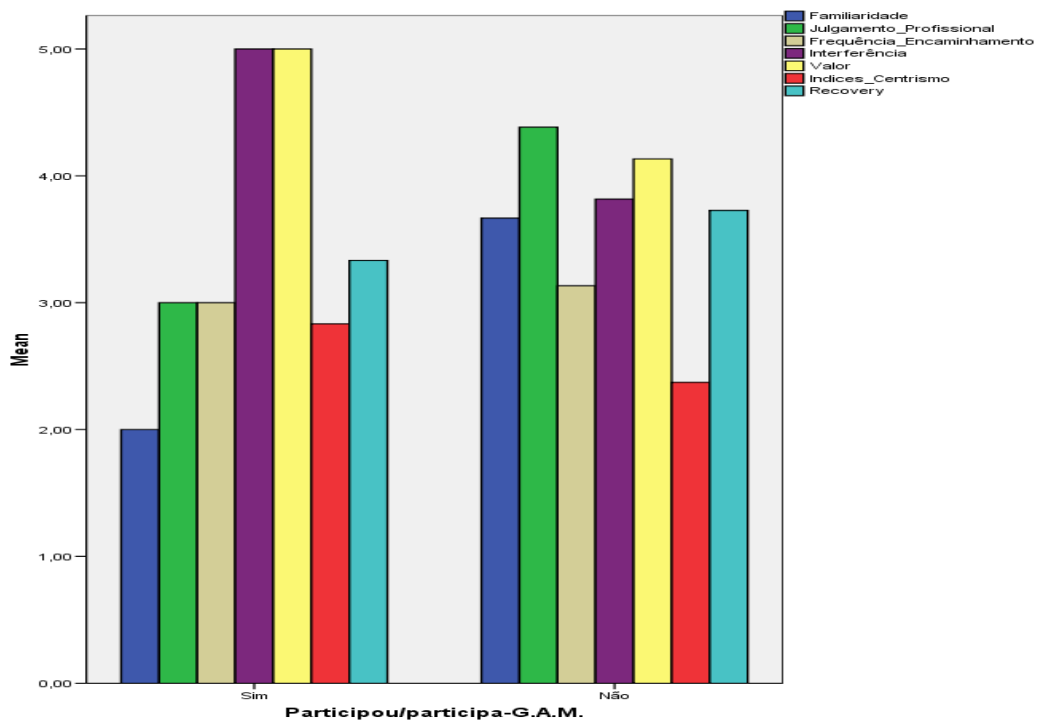


FIGURA 17: A correlação da variável *da ligação pessoal com o tema do estudo (participação)* sobre a *familiaridade* e o processo *recovery*

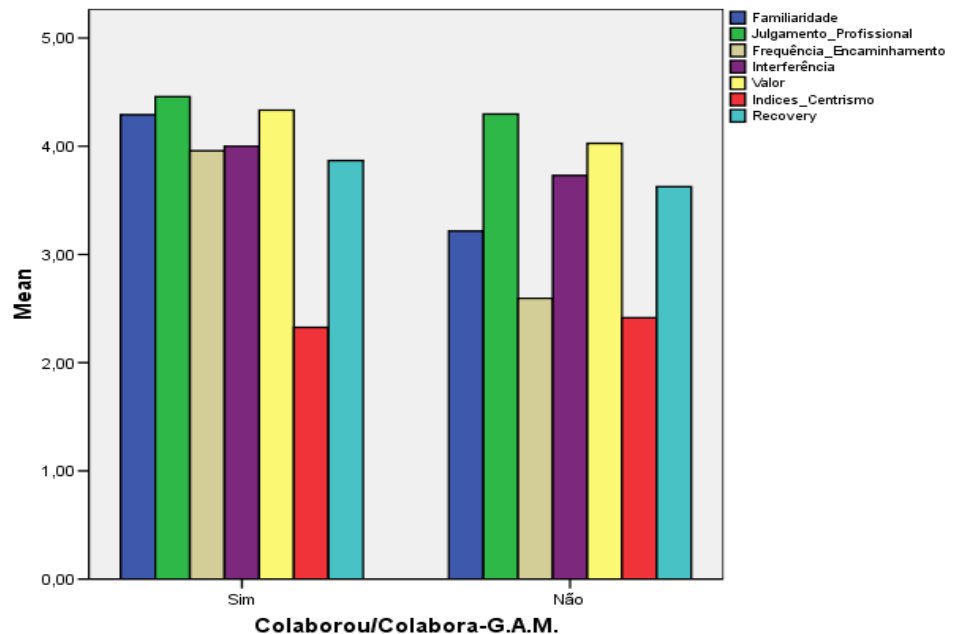


FIGURA 18: A correlação da variável *da ligação pessoal com o tema do estudo (colaboração)* sobre a *familiaridade, o processo recovery e a frequência de encaminhamento*

A 9ª questão apresentada consistia em: *Determinar a ligação pessoal à problemática, (se o próprio ou algum membro da sua família foi hospitalizado ou ficou em tratamento) com a frequência de encaminhamento dos profissionais, de membros sobre os GAM.*

Analisando descritivamente a variável *algum membro da sua família esteve hospitalizado ou recebeu tratamento* quanto à *frequência de encaminhamento* por parte dos profissionais. Verificámos que os valores médios são maiores no grupo de profissionais que nunca tiveram nenhum membro da sua família hospitalizado, ou seja, são estes que fazem uma maior frequência de encaminhamento de novos membros face a estes grupos, por oposição aos profissionais que já tiveram algum membro da sua família hospitalizado ou a receber tratamento, apresentando uma média inferior face à frequência de encaminhamento de novos membros para estes grupos. Sendo que as diferenças observadas estatisticamente, são significativas ( $p=0,047$ ), (Output).

Analisando descritivamente a variável *já esteve hospitalizado ou recebeu tratamento devido a uma doença mental* quanto à *frequência de encaminhamento* por parte dos profissionais,

os valores médios são maiores no grupo de profissionais que nunca receberam tratamento ou que nunca tiveram hospitalizados, existindo uma maior frequência de encaminhamento de novos membros por parte destes (apesar das diferenças serem mínimas), por oposição aos profissionais que já tiveram hospitalizados ou a receber tratamento devido a uma doença mental, apresentando uma média inferior face à frequência de encaminhamento de novos membros para estes grupos. Contudo não são as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $p=0,868$ ), (Output).

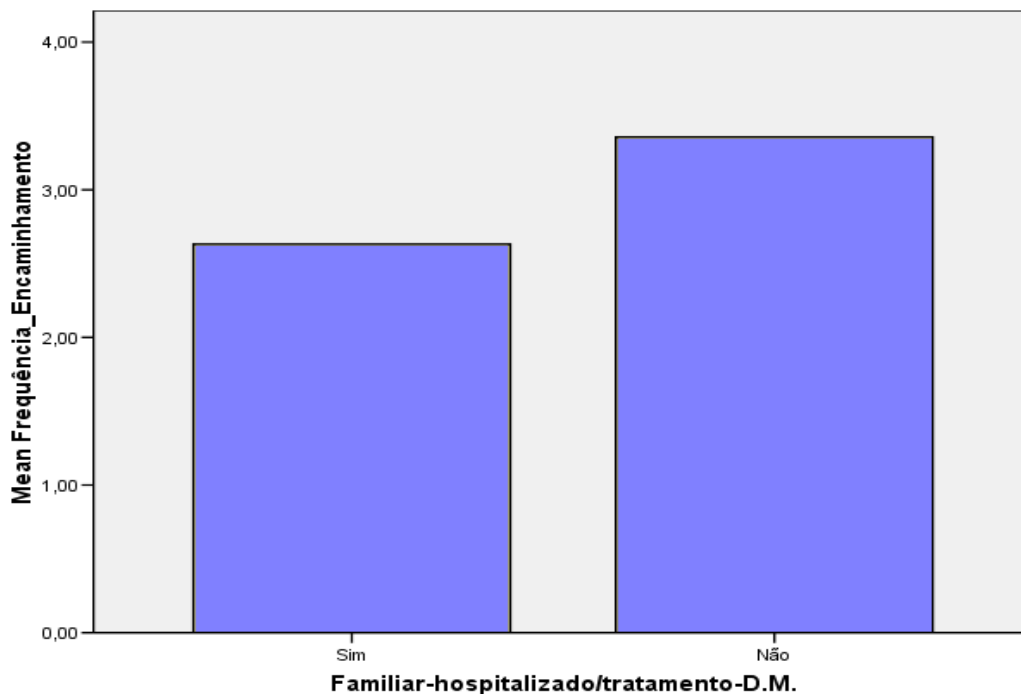


FIGURA 19: A correlação da variável *da ligação pessoal à problemática, (se algum membro da sua família foi hospitalizado ou ficou em tratamento)* com a frequência de encaminhamento de novos membros

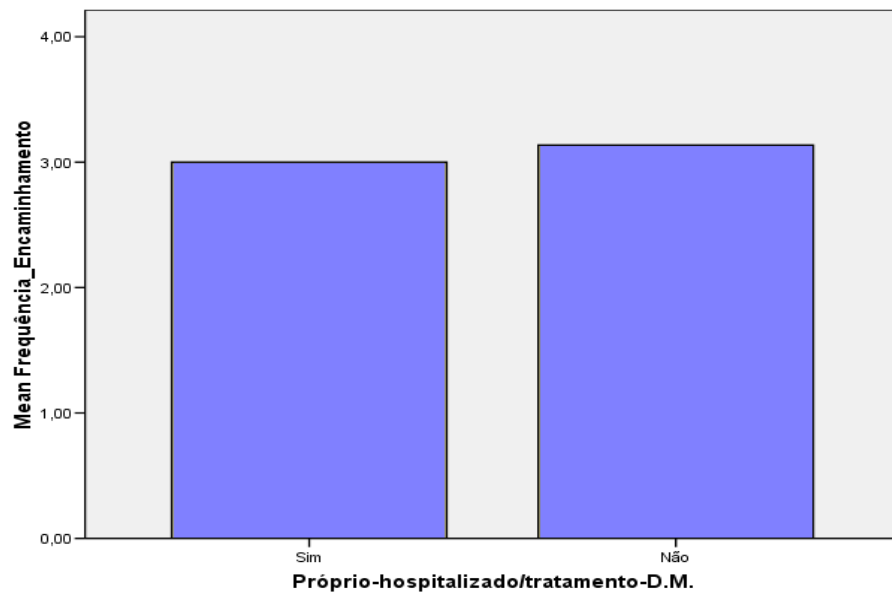


FIGURA 20: A correlação da variável *da ligação pessoal à problemática, (foi hospitalizado ou ficou em tratamento)* com a *frequência de encaminhamento de novos membros*

A 10<sup>a</sup> questão pretendia verificar: qual a influência da *familiaridade* dos profissionais de saúde mental com os GAM, sobre a *frequência de encaminhamento* dos membros para este tipo de grupos de ajuda mútua.

No que respeita à relação que estas duas variáveis dependentes têm entre si, os resultados sugerem que existe uma correlação altamente significativa (0,645) sendo os valores correlacionais fortes quando os valores se encontram entre 0,6 e 1. Isto significa que 64,5% da variação do score de uma variável é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior o score da frequência de encaminhamento maior é o score da familiaridade e vice-versa, sendo o  $p$  ( $=0,000$ ), (Output). Deste modo, os profissionais que têm uma maior familiaridade com os GAM, têm por sua vez uma maior tendência a encaminhar novos membros para os GAM.

A 11<sup>a</sup> questão baseia-se em: *Determinar a influência dos efeitos da familiaridade, frequência de encaminhamento, julgamento profissional e a importância dos GAM, sobre a crença no processo recovery.*

Em relação à correlação entre a variável *familiaridade* e o *recovery*, os resultados (0,521) sugerem que existe uma correlação razoavelmente significativa ( $\alpha=0,01$  e  $0,05$ ) sendo os valores correlacionais razoáveis quando os valores se encontram entre 0,3 e 0,6. Isto significa que 52,1% da variação do score de uma variável é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior o score do *recovery*, maior é o score da familiaridade e vice-versa, sendo o  $p$  ( $=0,000$ ), (Output). Sendo assim, podemos inferir que quando há um maior conhecimento sobre os grupos de ajuda mútua, os profissionais entendem melhor o suporte que estes grupos proporcionam em relação ao processo *recovery*.

No que respeita à relação, entre o processo *recovery* com a *frequência de encaminhamento*, os resultados (0,310) sugerem que existe uma correlação significativa. Sendo os valores correlacionais razoáveis quando os valores se encontram entre 0,3 e 0,6. Isto significa que 31 % da variação do score de uma variável é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior o score da *frequência de encaminhamento* maior é o score do *recovery* e vice-versa, sendo o  $p$  ( $=0,015$ ), (Output).

Sendo assim podemos inferir que quando existe um conhecimento face aos benefícios proporcionados por estes grupos para o alcance do *recovery da pessoa com doença mental*, existe um maior número de frequência de encaminhamentos de clientes para estes grupos de suporte.

Analisando a correlação existente entre a variável *juízo profissional* e o *recovery*, os resultados (0,543) sugerem que existe uma correlação razoavelmente significativa ( $\alpha=0,01$  e  $0,05$ ). Sendo que os valores correlacionais razoáveis se encontram entre 0,3 e 0,6. Isto significa que 54,3% da variação do score de uma variável é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior for o score do *recovery*, maior é o score do juízo profissional e vice-versa, sendo o  $p$  ( $=0,000$ ), (Output).

Podemos analisar que os profissionais ao observarem os GAM como benéficos têm uma maior tendência para reconhecer que os grupos de ajuda mútua têm uma maior propensão para o alcance do *recovery* por parte dos “consumidores”, através dos mesmos.

Por último, analisei a relação entre a variável *valor/importância* e o *recovery*. Os resultados (0,388) sugerem que existe uma correlação razoavelmente significativa ( $\alpha=0,01$  e  $0,05$ ). Sendo os valores correlacionais razoáveis quando os valores se encontram entre 0,3 e 0,6. Isto significa que 38,8% da variação do score de uma variável é explicada pelo score da outra, ou

seja, quanto maior o score do recovery, maior será o score da variável importância/valor e vice-versa, sendo o  $p$  ( $=0,002$ ), (Output).

Desta forma podemos inferir que se os profissionais perceberem estes grupos como importantes consequentemente também terão uma maior capacidade em reconhecer os benefícios que estes grupos proporcionam aos seus membros e como efeito uma maior crença destes no processo *recovery*.

#### IV – Discussão

O intuito deste trabalho consistiu em analisar o conhecimento, opinião e atitudes dos profissionais de saúde mental em relação aos GAM para pessoas com experiência em doença mental, tendo em conta a sua importância para a existência de um maior número de GAMs, ou seja, se os profissionais observarem os grupos de ajuda mútua como suportes determinantes e como um recurso disponível e positivo aos serviços de saúde mental estes grupos irão multiplicar-se, assim ao estudarmos a atitude dos profissionais podemos prever os seus comportamentos face aos mesmos, porque são prenunciadores de desenvolver ligações colaborativas com as organizações que dispõem deste tipo de suporte (Meissen, Mason & Gleason (1991), citados por Laudet & White, 2005; Stewart et al, 1994).

Outra pertinência para o estudo das opiniões e conhecimentos dos profissionais sobre este tipo de grupos é o facto da sua continuidade ou desenvolvimento depender da frequência do encaminhamento dos profissionais de novos membros para os grupos de ajuda mútua e do seu conhecimento para dar informação e indicações aos sujeitos de que estes grupos podem ser úteis.

Deste modo foi desenvolvido um estudo do tipo correlacional, para a obtenção de dados e informações que permitissem responder a todas as questões colocadas como centro de investigação, utilizando como instrumento um questionário de atitudes sobre “ Conhecimento e Opinião sobre Grupos de Ajuda Mútua constituídos por Pessoas com Experiência de Doença Mental” a profissionais de saúde.

Tendo em conta todo o processo encaro que os objectivos deste estudo foram alcançados, permitindo obter resultados que me permitiram retirar conclusões como estava determinado. Sendo assim, após a apresentação dos resultados irei analisar todas as minhas questões de investigação presentes no estudo, analisando os resultados obtidos, com outros estudos efectuados através da revisão de literatura.

A 1ª questão de investigação pretendia: *Examinar os profissionais de saúde mental que trabalham em contextos públicos (meios hospitalares) e os profissionais que trabalham em contextos privados (meios institucionais) sobre a familiaridade dos profissionais face aos GAM.*

Neste estudo verificou-se que os profissionais que trabalham em contextos privados têm um maior conhecimento sobre estes grupos em oposição aos profissionais que trabalham em contextos públicos.

O estudo de Barras, Bloom, Cook, Luzhansky e Skinner (1996) ao investigar quarenta e três profissionais de saúde física (que trabalham em contextos públicos) face à sua familiaridade com os grupos de ajuda mútua existentes na comunidade e as suas atitudes face aos mesmos. Concluíram que 85% dos participantes tinham pouca familiaridade com os grupos de ajuda mútua e quando foram questionados sobre os benefícios desses grupos a média das atitudes referia que a informação sobre estes grupos se encontrava muito pouco disponível.

Apesar de se verificar em alguns estudos que os profissionais têm pouco conhecimento face a estes grupos, outros estudos demonstram o contrário, referindo que mais de 50% dos grupos de ajuda mútua, na Noruega, Finlândia e Dinamarca, têm ligações com profissionais de saúde (Adamsen, 2002) o que significa que estes profissionais têm conhecimento sobre este tipo de grupos. Esta investigação vai, também, ao encontro de um estudo realizado por Lotery e Jacobs (1995) que refere que são os grupos na área da saúde física que têm laços mais próximos com os profissionais.

Contudo sendo o meu estudo constituído por profissionais todos eles praticamente pertencentes ao contexto institucional, ou seja, a organizações onde é valorizado o conhecimento derivado da experiência individual de cada membro, através da partilha entre os pares e sendo estas organizações consideradas contextos de suporte, é normal que este meio envolvente das organizações reproduza nos profissionais uma maior relação de cooperação com os suportes comunitários e uma maior familiaridade com os GAM.

Para além do mais, o contexto organizacional tendo uma base mais comunitária faz com que surja um maior reconhecimento dos grupos de interajuda, promovendo uma mudança de atitude destes profissionais.

A 2ª questão de investigação consistia em: *Verificar qual a influência do contexto em que os profissionais trabalham, face à frequência de encaminhamento dos profissionais de membros para os GAM, tal como em relação à interferência dos GAM com o seu trabalho a nível profissional.*

Em relação a este estudo verifiquei que de um modo geral os profissionais vêm os grupos de ajuda mútua como pouco intrometedores no seu trabalho, mas contudo uma vez analisados os diferentes contextos, são os profissionais que trabalham em contextos privados que fazem maior encaminhamento de pessoas para estes grupos de ajuda mútua ao contrário dos profissionais de contextos públicos, mas em contrapartida são os profissionais de contextos privados que percebem os GAM como mais intrusivos no seu trabalho, talvez por conhecerem e acreditarem mais nos benefícios e deste modo serem percebidos como causadores de interferência por parte destes.

Estes resultados vão ao encontro da investigação de Barras e colegas que ao investigarem quarenta e três profissionais de saúde física sobre as suas atitudes face aos grupos de ajuda mútua verificaram que 25 % dos profissionais receiam que os GAM interfiram com o seu trabalho e consequentemente com o tratamento profissional.

Este estudo encontra-se de certa forma ligado, também ao estudo que Dunne e Fitzpatrick (1999) realizaram, no qual referiram que uma das razões que desencoraja os profissionais no suporte a estes grupos é a interferência dos GAM com o tratamento profissional, podendo esta ideia dever-se à falta de conhecimento dos factores que podem interferir ou limitar o suporte prestado pelos profissionais aos grupos de ajuda mútua (Salzer et al; 2001).

Hodges e colegas (2003) referem, também, que a participação num grupo de ajuda mútua se relaciona positivamente com a satisfação dos serviços profissionalizantes de saúde mental, mas que continuam a existir atitudes negativas face aos GAM devido à falta de conhecimento deste suporte e ao medo de estes interferirem com a continuidade dos serviços profissionais de saúde.

Por fim, Dixon, Krauss e Lehman (1994) ao descreverem uma experiência levada a cabo por uma equipa de tratamento comunitário, que tinha por objectivo prestar serviços a pessoas sem casa e com doença mental grave, verificaram os benefícios de ter “consumidores” e profissionais a trabalharem em conjunto. Contudo enquanto os profissionais estabelecerem relações assimétricas e unidireccionais, enquanto atribuírem pouca importância face a estes grupos e por fim partirem da ideia de que possuem recursos especiais, não conseguirão estabelecer relações de colaboração entre eles e os GAM.

Todavia, em relação os profissionais que se encontram em contextos organizacionais, promotores de *empowerment*, existe um maior número de frequência de encaminhamentos por parte destes para os grupos de ajuda mútua, o que demonstra que os dos psicólogos comunitários ao trabalharem nestas organizações um dos seus papéis é ajudar a estabelecer grupos de ajuda mútua e encaminhar os seus clientes para este tipo de grupos.

Deste modo se explica um resultado superior, neste estudo, dos profissionais que trabalham em contextos organizacionais face aos profissionais que trabalham em contextos públicos em relação à frequência de encaminhamento de novos membros para este tipo de suporte.

A 3ª questão pretendia: *Analisar a influência do contexto no qual os profissionais trabalham, em relação ao centrismo profissional.*

Em relação ao centrismo profissional, os resultados deste estudo de um modo geral apontam para a percepção de que os serviços profissionais são os elementos centrais do sistema de saúde mental. Podendo, estes resultados, vir a ser um sinal de um menor número de encaminhamentos para estes grupos, por parte dos profissionais e deste modo podendo vir a pôr em causa a sua sobrevivência.

Este dado é extremamente importante porque as intervenções profissionais percebidas como mais benéficas relativamente às intervenções dos grupos de ajuda mútua podem ser vistas como entraves ao desenvolvimento e subsistência destes grupos (Salzer et al; 2001).

Este estudo está em conformidade, com a investigação de um outro estudo de Salzer, McFadden e Rappaport (1994) que mostra que os grupos de ajuda mútua são vistos como benéficos para as pessoas com doença mental, mas comparados com os grupos dirigidos pelos profissionais a intervenção profissional acaba por ser mais valorizada do que a intervenção dos grupos de ajuda mútua.

Através deste estudo define-se de forma precisa o conceito de “centrismo profissional” que nos menciona que os serviços prestados pelos profissionais têm mais credibilidade.

Mas tendo em conta que existe uma concordância de que o investimento no movimento de ajuda mútua, resulta numa série de vantagens tanto para os profissionais como para os

“consumidores” (Salzer et al; 2001) é necessário tornar os seus poderes igualitários através do reconhecimento da interdependência entre ambos (Lenrow e Burch, 1988).

Enquanto os profissionais não disponibilizarem tempo e espaço para o desenvolvimento dos grupos de ajuda mútua ou facilitarem recursos para a manutenção dos mesmos é sinal de que os profissionais não promovem estes grupos, mas sim o seu maior centrismo em termos profissionais.

Em relação ao meu estudo, a diferença entre os contextos verificou-se e apesar de não ser significativa vai ao encontro do estudo de Salzer e colegas (2001), ou seja, são os profissionais que mais frequentemente prestam suporte aos grupos de ajuda mútua que têm níveis mais baixos de centrismo profissional, como é o caso dos contextos privados em que muitos dos quais têm uma base comunitária.

Assim, enquanto que no contexto comunitário os profissionais aprendem a partilhar o poder com as pessoas com experiência em doença, os contextos públicos (hospitais) promovem o modelo médico tradicional, no qual prevalece uma hierarquia entre o médico e o seu paciente.

A 4ª questão tinha como objectivo: *Verificar a influência da profissão dos profissionais de saúde mental, sobre a sua familiaridade, julgamento, importância/valor e encaminhamento face aos grupos de ajuda mútua.*

Em relação à profissão, estudos recentes apontam que são os psiquiatras que maior familiaridade têm com estes grupos (Powell, Silk e Albeck, 2000), enquanto que, no meu estudo, são os profissionais de reabilitação e posteriormente os de emprego apoiado e a categoria dos outros (não distantes das 2 primeiras) que apresentam maior familiaridade com estes grupos, não esquecendo que é na categoria os outros que se inserem, entre outras profissões, os psiquiatras (apenas três na amostra em estudo) não se podendo retirar conclusões destes.

Os resultados da investigação de Powell, Silk e Albeck (2000) referem que 75% dos psiquiatras têm familiaridade com os grupos existentes, tendo 79% encaminhado clientes para os mesmos.

Saliento apenas que o facto de, estudos apontarem, os psiquiatras como profissionais que apresentam uma maior familiaridade com estes grupos, poder ter a ver com o cargo de chefes de serviço num determinado hospital (contexto público) Dunne e Fitzpatrick (1999).

Deste modo, podemos inferir que sendo o meu estudo constituído por profissionais todos eles praticamente pertencentes ao contexto institucional, é normal que sejam os técnicos de reabilitação (contexto privado) os que apresentam maior familiaridade face aos GAM até pela existência de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental que existem baseados em parcerias colaborativas entre utilizadores e profissionais (Wilson et al., 1999).

De um modo geral os profissionais deste estudo, consideram este tipo de grupos como benéficos sendo o seu julgamento profissional face a estes grupos positivo e reconhecendo os benefícios como associados à participação neste tipo de grupos.

Este resultado apresenta-se em conformidade com o estudo de Barras, Bloom, Cook, Luzhansky e Skinner (1996) no qual ao investigarem 43 profissionais de saúde física utilizando uma escala entre Muito Prejudicial (1) a Muito Benéfico (5), a média da atitude dos profissionais face aos grupos de ajuda mútua foi muito idêntica à deste estudo (4,10).

Um outro estudo, feito a 911 médicos de família, referiu que 80% consideram estes grupos como benéficos (Gray, Carroll, Fitch, Greenberg, Chart, e Orr, 1999), tal como um estudo elaborado por Chinman e outros (2002) no qual estes grupos são vistos como sendo bastante benéficos.

Todos estes estudos revelam que de um modo geral os técnicos consideram os GAM como sendo úteis na assistência às pessoas com doença mental devido ao suporte que estes grupos dão aos seus membros em termos de ajuda, compreensão e redução da solidão ( Dunne e Fitzpatrick, 1999).

Mas Laudet e White (2005) referem que embora as atitudes de uma forma geral sejam percepcionadas de forma positiva, ainda existem resistências a este tipo de suporte, sendo vistos como menos benéficos quando comparados com os grupos dirigidos pelos profissionais (Salzer e outros, 2001) ou com os grupos que seguem o modelo dos 12 passos, tendo os profissionais mais familiaridade com estes grupos (grupos com uma identidade e história estabelecida nos E.U.A) vendo-os como mais benéficos face aos outros.

São os profissionais de emprego apoiado e de reabilitação que consideram estes grupos de ajuda mútua como mais benéficos, face às outras profissões e principalmente contrariamente aos enfermeiros, tendo Salzer (1999) verificado no seu estudo que eram os enfermeiros que

percepcionavam estes grupos como mais benéficos tal como têm demonstrado estudos sociológicos.

Ainda relativamente ao julgamento profissional, são os licenciados em serviço social e estudantes de psicologia que referem que a problemática da doença mental é inapropriada para a participação nos grupos de ajuda mútua (Meissen, Mason e Gleason, 1991), indo de encontro face aos resultados do meu estudo, no qual são os psicólogos que atribuem menos importância aos GAM.

Os profissionais deste estudo, ocasionalmente encaminham utentes/clientes para estes grupos, indo ao encontro do estudo de Salzer e outros (2001) no qual 75% dos profissionais inquiridos fazem ocasionalmente referências a estes grupos e 70 % apresenta intenções para o fazer no futuro.

Tendo em conta os estudos de Dunne e Fitzpatrick (1999) podemos mencionar que pode existir um menor encaminhamento face a estes grupos de ajuda mútua devido a uma possível interferência destes com o tratamento profissional, sendo esta uma das preocupações de 50% dos psiquiatras desse estudo, não deixando de referir que são os psiquiatras os profissionais que mais fazem referências regularmente para estes grupos e os psicólogos os que menos referenciam estes grupos.

Stewart, Banks, Crossman e Poel (1994) numa investigação realizada com membros e profissionais de ajuda mútua averiguaram que ambos referem, como papel fundamental, o encaminhamento de novos membros pelos profissionais. Isto porque a frequência de encaminhamento tem um papel importantíssimo na manutenção destes grupos.

Dunne e Fitzpatrick (1999) salientam, também, no seu estudo factores que os profissionais têm em conta antes de encaminharem o cliente para esses grupos. Os factores têm a ver com as características pessoais do cliente, o tipo de problemática e a natureza do grupo de ajuda mútua.

Por fim, verificou-se a importância dada a estes grupos face à profissão dos profissionais. Apesar de num modo geral, todos os profissionais atribuírem valor aos GAM, são os técnicos de emprego apoiado que lhes facultam maior importância em oposição à categoria dos psicólogos, que vai ao encontro da investigação de Dunne e Fitzpatrick (1999). Assim os psicólogos são os profissionais que mais desvalorizam os GAM, tal como os enfermeiros que

consideram estes grupos menos benéficos. O que é valorizado nos GAM é o conhecimento através da experiência, a partilha do conhecimento, o suporte entre pares e a entajuda (Gartner, 1998) práticas que se distinguem das dos profissionais.

A 5ª questão de investigação pretendia: *Analisar a influência da profissão sobre o crer no processo recovery através dos GAM.*

São os técnicos de reabilitação e emprego apoiado que consideram este tipo de grupos como um meio facilitador para se chegar ao *recovery* de uma pessoa com doença mental, em contrapartida são os enfermeiros e, seguidamente, os psicólogos, que têm mais dificuldades em ver o alcance do *recovery* através destes grupos.

Os profissionais que trabalham em contextos comunitários e que têm profissões com base na psicologia comunitária tendem a acreditar nestes suportes como forma de proporcionar a uma pessoa com doença mental meios para conseguir chegar ao *recovery* tendo em conta que o *recovery* resulta das relações que se estabelecem entre os indivíduos e na sua participação nos grupos e organizações, sendo os suportes e recursos comunitários factores facilitadores do processo *recovery*.

Deste modo, a utilização dos serviços de ajuda mútua e a percepção de que esta é essencial para o processo *recovery* estão associados a uma maior satisfação com os serviços profissionais. Estudos indicam que o grau no qual os utentes dos serviços de ajuda mútua percebem estes como sendo complementares para o seu processo *recovery*, tem uma associação positiva com os índices de satisfação com os serviços profissionais (Campbel, 1999).

Num estudo de Dunne e Fitzpatrick (1999) 56% dos psiquiatras, 53% dos técnicos de serviço social, 33% dos enfermeiros e apenas 23% dos psicólogos referiram a promoção do *empowerment* nos grupos, através do encorajamento da auto-confiança, da partilha de informação e a exposição de comportamentos positivos através de *role models*. Este estudo, menciona que 3% dos técnicos de serviço social, tal como enfermeiros sugerem que os programas dos grupos de ajuda mútua auxiliam os membros na estruturação do seu quotidiano.

A 6ª questão de investigação visa: *Avaliar os efeitos da ligação pessoal com o tema do estudo (se participa ou participou, se colabora ou colaborou e por fim, se recebeu formação dos GAM) sobre a familiaridade dos profissionais face aos GAM.*

Na investigação de Chinman e outros (2002) os resultados relativamente à formação são iguais aos resultados obtidos neste estudo, porque o facto dos profissionais terem formação está directamente ligado a uma maior familiaridade, ou seja, a um maior conhecimento sobre os grupos de ajuda mútua, sendo esta variável a primordial do conhecimento dos GAM, tal como sucede com os profissionais que já colaboraram ou colaboram com algum GAM apresentando estes também diferenças, bastante significativas, relativas à familiaridade (Powell, Silk e Albeck, 2000).

Isto vem demonstrar que a falta de informação e conhecimento acerca desta forma de suporte inter pares, faz com que continue a permanecer um entrave ao desenvolvimento colaborativo entre os grupos de ajuda mútua e os profissionais (Stewart et al.), é o que conclui, um estudo realizado com líderes de grupos de ajuda mútua num estado americano, no qual referem que a falta de conhecimento público era o maior entrave ao desenvolvimento e conservação dos grupos (Meissen, Gleason & Embree (1991) citados por Kurtz, 1997).

Um outro estudo realizado, na área da saúde física, a 43 profissionais (médicos, naturistas e fisioterapeutas), também, concluiu que 85% dos participantes têm pouca familiaridade com estes grupos (Barras, Bloom, Cook, Luzhansky e Skinner, 1996), mas pelo contrário outro estudo, na mesma área, efectuado a 911 médicos de família refere que 56% dos profissionais têm familiaridade com grupos de ajuda mútua para pessoas com cancro (Gray, Carroll, Fitch, Greenberg, Chart, e Orr, 1999), apesar da percentagem não ser de todo alta.

Na investigação de Chinman e outros (2002) estes autores, estudaram o suporte prestado pelos psiquiatras aos grupos de ajuda mútua para pessoas com perturbações de humor, tendo por objectivo saber as variáveis que influenciavam o mesmo, e o resultado, foi de que somente 44% dos profissionais continham literatura/conhecimento/familiaridade sobre esta forma de suporte inter pares.

Num estudo com 911 médicos de família, 56% têm familiaridade com grupos de ajuda mútua, tendo 26,8 % referidos novos membros para os mesmos. Apesar de 80% referirem que os grupos de ajuda mútua são benéficos apenas 20% estão activamente envolvidos com este tipo de grupos (Gray, Carroll, Fitch, Greenberg, Chart, e Orr, 1999). De certa forma este estudo vai de encontro aos resultados aqui obtidos, ou seja o factor de o profissional já ter participado num

GAM, não influencia a sua familiaridade, também devido à baixa participação dos profissionais enquanto membros de um GAM.

Barras, Bloom, Cook, Luzhansky e Skinner, (1996) no seu estudo (já mencionado em cima) referem que 85% dos participantes tinham pouca familiaridade com os GAM e ao mesmo tempo 70% mantinham contacto com grupos de ajuda mútua.

Um estudo de Laudet e White (2005) verificou que a falta de colaboração se prende com a falta de conhecimento face aos grupos de ajuda mútua, mas também devido ao papel que o profissional continua a exercer, não havendo espaço para a relação entre ambos os contextos de apoio.

Neste estudo verifica-se a existência de correlação entre as variáveis familiaridade, frequência de encaminhamento e *recovery*, ou seja, se os profissionais do estudo tiverem conhecimentos face aos GAM por sua vez acreditam mais nestes grupos como forma dos membros alcançarem o *recovery*, tal como fazem uma maior frequência de encaminhamento face a estes. Deste modo, tanto o processo *recovery* como a ajuda mútua, devem ser introduzidos nas práticas de prestação de cuidados, porque proporcionam melhores resultados às pessoas com doença mental (Forquer e Knight, 2001).

A 7ª questão pretendia: Examinar *a influência da ligação pessoal com o tema do estudo (se participa ou participou, se colabora ou colaborou e por fim, se recebeu formação dos GAM) sobre o processo recovery através dos grupos de ajuda mútua.*

Neste estudo os profissionais que já colaboraram ou colaboram com os GAM têm uma maior crença nestes grupos como meio para os membros alcançarem o *recovery*, porque são o único meio verdadeiramente orientado para o *recovery* (Swarbick, 2007), face aos profissionais que nunca colaboraram.

Salzer e Shear (2002) realizaram uma investigação com o intuito de determinar a efectividade de um programa de suporte *inter pares* concebido para e por indivíduos com perturbações do foro psiquiátrico e abuso e dependência de substâncias. Este programa conclui que os não participantes do estudo, são mais frequentemente hospitalizados do que os participantes, sendo que este programa é considerado um facilitador do processo *recovery*.

Em relação à variável *formação* quanto ao *recovery a partir destes grupos*, verifica-se que ambos os profissionais atribuem importância a estes grupos como possibilidade de meio para

chegar ao *recovery*, mas são os profissionais que já tiveram formação sobre os GAM que mais acreditam no suporte *inter pares* como forma de chegar ao *recovery*.

Segundo vários estudos longitudinais, realizados internacionalmente nos últimos 30 anos, o *recovery* atinge taxas que se situam entre 49% e 68 % (Anthony e Chamberlin, 2005) e são os factores como a participação, o desempenho de papéis significativos na comunidade e, fundamentalmente, o suporte *inter pares* os princípios fundamentais para o processo *recovery*.

A 8ª questão tinha como objectivo: *Analisar os efeitos da colaboração dos profissionais em grupos de ajuda mútua, sobre a frequência de encaminhamento de membros para estes grupos.*

Em relação à frequência de encaminhamento de novos membros, papel identificado como indispensável à colaboração com os GAM, são os profissionais que já colaboraram ou colaboram com GAM's que fazem com maior frequência o encaminhamento de novos membros para estes grupos, face aos profissionais que nunca tiveram essa experiência.

Podemos inferir através do estudo de Katz & Bender (1990), que o número considerável de organizações de ajuda mútua a serem iniciadas por profissionais (70%), faz-nos deduzir a existência de cooperação e envolvimento profissional com os grupos de ajuda mútua (Lotery & Jacobs, 1994) e a existência de um maior número de frequência de membros para estes grupos.

A 9ª questão apresentada consistia em: *Determinar a ligação pessoal à problemática, (se o próprio ou algum membro da sua família foi hospitalizado ou ficou em tratamento) com a frequência de encaminhamento dos profissionais, de membros sobre os GAM.*

Estudos revelam que à experiência pessoal está associada um nível elevado de familiaridade com os grupos de ajuda mútua, isto significa que os profissionais ou seus familiares que já foram tratados devido a perturbações mentais têm uma maior tendência a referir os grupos de ajuda mútua do que os seus colegas que não passaram por essa experiência (Chinman e outros, 2002).

Contudo este estudo não pode se retirar conclusões relativamente à variável *ligação pessoal à problemática* com a *frequência de encaminhamento* devido á baixa participação dos profissionais enquanto membros dos GAM.

A 10<sup>a</sup> questão pretendia verificar: *qual a influência da familiaridade dos profissionais de saúde mental com os GAM, sobre a frequência de encaminhamento dos membros para este tipo de grupos de ajuda mútua*

No que se refere á correlação entre a familiaridade/conhecimento que os profissionais possuem e a sua frequência de encaminhamento existe uma correlação altamente significativa, ou seja, quanto maior for a familiaridade com este tipo de grupos, maior é a sua frequência de encaminhamento e vice versa. Significa que os profissionais que têm conhecimentos sobre os grupos de ajuda mútua, têm uma maior tendência para encaminhar os seus pacientes para estes grupos de ajuda mútua.

Isto vai ao encontro do estudo de Black & Drachman (1985) que revela que a falta de consciência sobre os grupos de ajuda mútua e da natureza dos seus programas está correlacionada com o baixo índice de referência a este tipo de suporte, também, Kurtz, Mann, e Chambon (1987) na sua investigação verificaram que apenas metade da amostra dos profissionais de saúde mental encaminhou indivíduos para grupos já existentes, o que se deve, em grande parte, à ausência de conhecimento destes ou dos seus programas.

A 11<sup>a</sup> questão baseia-se em: *Determinar a influência dos efeitos da familiaridade, frequência de encaminhamento, julgamento profissional e a importância dos GAM, sobre a crença no processo recovery.*

Em relação à correlação entre a variável *familiaridade* e o processo *recovery*, os resultados sugerem que existe uma correlação razoavelmente significativa. Deste modo, podemos inferir que quando há um conhecimento sobre os grupos de ajuda mútua, os profissionais entendem melhor o suporte destes grupos em relação ao processo *recovery*.

No que respeita à relação, entre o processo *recovery* com a *frequência de encaminhamento*, os resultados sugerem que quando existe um conhecimento face ao *recovery* proporcionado por estes grupos, existe um maior número na frequência de encaminhamento de clientes para este suporte.

Analisando a correlação existente entre a variável *julgamento profissional* e o *recovery*, os resultados sugerem que existe uma correlação razoavelmente significativa. Podemos analisar que os profissionais ao terem um julgamento benéfico face aos GAM têm uma maior tendência

para reconhecer que os grupos de ajuda mútua têm uma maior propensão para o alcance do *recovery*, pelos “consumidores”, através destes grupos.

Por último, analisei a relação entre a variável *valor/importância* e o *recovery*. Os resultados sugerem que existe uma correlação razoavelmente significativa o que nos leva a inferir que se os profissionais percepcionarem estes grupos como importantes consequentemente também terão uma maior capacidade em reconhecer os benefícios que estes grupos proporcionam aos seus membros e como efeito uma maior crença destes no processo *recovery*.

## V – Conclusão

Podemos finalizar com a esperança de que com a importância resultante da abordagem contextualista e ecológica têm sido promovidas inovações, em termos de conhecimentos e valores face ao papel dos grupos de ajuda mútua que são quem melhor reflecte o princípio da entajuda patente no suporte *inter pares* (Davidson e colegas, 2002).

Tem vindo a existir cada vez mais uma concordância universal de que, o investimento no movimento de ajuda mútua resulta uma série de vantagens significativas não só para os seus membros “consumidores”, mas também para o sistema de saúde mental, mais concretamente para os profissionais.

É sem dúvida uma mais valia a existência de parcerias entre o suporte profissional e o suporte da ajuda mútua, para o crescimento de oportunidades de ajuda e para uma utilização mais racional dos serviços profissionais (Riessman, 1990).

Espera-se, também que os “consumidores” possam ser tidos em conta como participantes activos e valorizados em todas as decisões que afectam o seu bem-estar e que possam procurar responder aos seus problemas de forma a contribuir para o seu *empowerment* e *recovery*.

No campo da saúde mental tem havido um reconhecimento crescente da capacidade da pessoa com experiência em doença mental grave em ser activo na sua vida e na dos outros com a mesma problemática, esta capacidade é expressa numa série de formas de prestação de serviços aos consumidores.

É essencial dotar os profissionais de um maior conhecimento e consciência acerca dos grupos de ajuda mútua e facilitar o diálogo entre estes e os profissionais, de modo a desenvolver as capacidades dos grupos em lidar com a ajuda mútua, deixando de parte o centrismo profissional e apostando na integração do *suporte inter pares* no sistema de saúde mental.

Tendo em conta que o conceito dos grupos de ajuda mútua desenvolve a noção de que as pessoas com um problema comum podem partilhar e compreender-se umas às outras sem ajuda de profissionais (Riessman & Carroll, 1995; Schubert & Borkman, 1991), o centrismo por sua vez traduz-se num conjunto de atitudes e comportamentos que podem colocar em risco estes comportamentos.

Sendo assim o estudo das atitudes dos profissionais é uma mais valia tendo em conta que a relação existente entre ambos os suportes depende essencialmente da perspectiva dos profissionais de saúde mental (Ben-Ari, 2002) devido à permanência de laços de poder (Stewart et al., 1994).

É essencial perceber o envolvimento efectivo dos profissionais com estes grupos, nas atitudes face aos mesmos e ainda na forma como a relação deve ser, para aumentar a efectividade da ajuda mútua (Adamsen e Rasmunssen, 2001; Bem-Ari, 2002; Powell et al., 2000; Salzer et al., 1999).

As limitações metodológicas prenderam-se com o instrumento utilizado. Este instrumento apesar de ser bastante objectivo em relação ao que se pretendia estudar, deveria de ser revisto tendo em conta que a segunda parte do questionário necessita de ser reavaliada e categorizada.

Esta adaptação facilitaria um maior aprofundamento face às atitudes dos profissionais, identificando que factores influenciariam os processos envolvidos nas parcerias entre os profissionais e os grupos, apesar das atitudes serem uma pré-condição significativa para o seu desenvolvimento (Farquharson & Cardinal, 1990).

Outra das limitações sentidas, foi o facto de existir uma amostra bastante superior de profissionais a trabalhar em instituições em relação aos profissionais de contextos públicos o que de certa forma condicionou a análise comparativa face a algumas variáveis (e.g contexto). Sugere-se, também, que estudos posteriores nesta área tenham em conta uma metodologia com base em investigações colaborativas, entre profissionais e “consumidores” com métodos qualitativos de modo a que possam contribuir para a colaboração entre os grupos de ajuda mútua e os profissionais tirando ambos partido dessa interacção.

Esta investigação promoveu uma maior consciência dos profissionais acerca da existência de grupos de ajuda mútua e dos seus potenciais efeitos no bem-estar dos membros. Esta consciência é fundamental para a promoção do diálogo entre os profissionais e os grupos de ajuda mútua, serve para de um modo geral aumentar o nível de cooperação entre os grupos de ajuda mútua e para aumentar o índice de referências a clientes em particular.

Conclui-se com este estudo, que a frequência de encaminhamento que é uma variável extremamente importante para a manutenção dos GAM, se correlaciona fortemente com a

colaboração e familiaridade, podendo este conhecimento ser útil para as organizações e grupos de ajuda mútua. Em relação à formação esta variável também está relacionada com uma maior familiaridade, tal como a colaboração.

Verificou-se, também, que os profissionais que trabalham em contextos privados têm maior familiaridade face aos GAM e fazem com maior frequência o encaminhamento de novos membros para estes grupos. Sendo os técnicos de reabilitação quem têm uma maior familiaridade e os que mais frequentemente encaminham novos membros para estes grupos de ajuda mútua. Os técnicos de emprego apoiado são os profissionais que têm uma visão mais benéfica dos GAM, atribuindo-lhes uma maior importância.

Tanto os técnicos de emprego apoiado, como os técnicos de reabilitação têm uma maior crença face ao *recovery* a partir destes grupos.

Quanto ao processo *recovery* este correlaciona-se significativamente face à frequência de encaminhamento, familiaridade, julgamento profissional e valor dos GAM, sendo estes resultados uma mais valia para este suporte *inter pares*.

## VI – Referências Bibliográficas

Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS). *Historial*. Consultado em 17 de Maio de 2008 visitado on-line em <http://www.aeips.pt>

Adamsen, L. (2002). From victim to agent: the clinical and social significance of self-help group participation for people with life-threatening diseases. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol16, No.3* (224-231).

Anthony, W.A. (1993). Recovery From mental Illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Innovations and Research, Vol. 2, No.3* (17-24).

Burland, J. (2007). NAMI Training Programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.31, No.1* (80-82).

Ben-Ari, A.T. (2002). Dimensions and predictions of professional involvement in self-help groups. A view from within. *Health & Social Work, Vol. 27, No.2*. National Association of Social Workers.

Carling, P.J. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hospital and Community Psychiatry, 44(5)*, 439-449.

Carpinello, S. (1995). A Focused interview with members of a latino self-help group. *Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.19, No.2* (65-67).

Chamberlin,J.(1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health System*. McGraw-Hill.

- Chamberlin, J., Rogers, S. & Ellison, M. L. (1996). Self-help programs: A description of their characteristics and their members. *Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.19, No.3* (33-42).
- Chesler, M. (1987). Professionals' views of the "dangers" of self-help groups. Center For Research on Social Organization. Working Paper Series. Visitado em Outubro de 2007 <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/51113/1/345.pdf>
- Chinman, M., Kloos, B., O'Connell, M., & Davidson, L. (2002). Service provider's views of psychiatric mutual support groups. *Journal of Community Psychology, Vol. 30, No. 4* (349-366).
- Clay, S. (2006). On our own, together: Peer programs for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.30, No.2* (158-159).
- Corrigan, P.W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, Vol.57, No.10* (1493-1496).
- Dadich, A. (2006). Self-help support groups. Adding to the toolbox of mental health care options for young men. *Youth Studies Australia, Vol.25, No. 1* (33- 42).
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from The field. *Schizophrenia Bulletin, Vol. 32, No.3* (443-450).
- Davidson, K., Pennebaker, J. & Dickerson, S.S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist, Vol. 55, No.3* (205-217).
- Dixon, L., Krauss, N., & Lehman, A. (1994). Consumers as service providers: The promise and challenge. *Community Mental Health Journal, 30* (6), 615- 625.

- Durbin, J., Goering, P., Krupa, T., Nelson, G., Ochocka, J. & Sheldon, C. T. (2006). Who uses consumer-run self-help organizations? *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 76, No.3. (367-373).
- Dunne, E. A. & FitzPatrick, A. C. (1999). The views of professionals on the role of self-help groups in mental health area. *Journal of Psychiatric Medicine*, Vol.16, No.3. (84-89).
- Emerick, R. (1995). Clients as claims makers in the self-help movement: individual and social change ideologies in former mental patient self-help newsletters. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.18 (17-35).
- Fazenda, I. *Empowerment e participação, uma estratégia de mudança*. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. Visitado em Julho de 2008 <http://www.cpihts.com/PDF/Empowerment.pdf>.
- Forquer, S. & Knight, E. (2001). Managed care: Recovery enhancer or inhibitor? *Psychiatric Services*, Vol. 52, No.1 (25- 26).
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação da concepção à realização* (Ed) Décarie Éditeur
- Gartner, A. (1998). Professionals and self-help: The uses of creative tension. *Perspectives* [Online].
- Gray, R.E., Carroll, J.C.; Fitch, M., Greenberg, M., Chart, P. Orr, V. (1999). Cancer self-help groups and family physicians. *Cancer Practice*, Vol. 7, No 1. (10-15).
- Hardiman, E.R. & Segal, S.P. (2003). Community membership and social networks in mental health self-help agencies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (1), 25-33.

- Hatzidimitriadou, E. (2002). Political ideology, helping mechanisms and empowerment of mental health self-help/mutual aid groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, No 12. (271- 285).
- Humphreys, K. & Moos, R. (2001). Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 25 (5), 711-716.
- Hodges, J., Markward, M. & Evans, C. (2003). Use of self-help services and consumer satisfaction with professional mental health services. *Psychiatric Services*, Vol. 54, No 8. (1161-1163).
- Jacobson, N. & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from The States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 23, No.4 (1-19).
- Kaufman, C. Freund, P. & Wilson, J. (1989). Self-help in the mental health system: A model for consumer-provided collaboration. *Psychological Rehabilitation Journal*, Vol. 13, No 1.
- Knight, E. (2006). Self-Help and serious mental illness. *Medscape General Medicine* [Online].
- Kurtz, L. (1997). Professional relationships with self-help groups. In A. Lauffer & C. Gavin (Eds). *Self-help and support groups. A handbook for practioners*. (pp. 112 – 131). California: Sage Source Books for the Human Services Series.
- Laudet, A. & White, W. (2005). An exploratory investigation of the association between clinicians' attitudes toward twelve-step groups and referral rates. *Alcohol Treat Q. Abril* 6; 23 (1).

- Lenrow, P., & Burch, R. (1988). Mutual aid and professional services: Opposing or complementary? In B. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support*. (pp.233-257). Beverly Hills: Sage Publications.
- Lueng, J. & Arthur, D. (2004). Clients and facilitators' experiences of participating in a Hong-Kong self-help group for people recovering from mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 13. (232-241).
- Levy, L. H. (2000). Self-help groups. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds). *Handbook of Community Psychology*.
- Levine, M. (1988). An analyses of mutual assistance. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 16, No.2. (167-182).
- Levine, M., & Perkins, D. (1997). *Principles of community psychology: Perspectives and applications*. New York: Oxford University Press.
- Lotery, J. & Jacobs, M. (1994). The involvement of self-help groups with mental health and medical professionals: the self-helpers' perspective. In F. Lavoie, T. Borkman & B. Gidron (Eds). *Self-Help and Mutual Aid Groups: International and Multicultural Perspectives* (pp. 279 – 301).Haworth Press, Inc.
- Madara, E. Maximizing the potential for community self-help through clearinghouse approaches. *Prevention in Human Services*, Vo.7, No.2, 1990 (pp.109 – 138).
- Magura, S., Laudet, A., Mahmood, D., Rosenblum, A. & Knight, E. (2002). Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups.*Psychiatric Services*, Vol. 53, No.3 (310-316).

- Mead, S. & MacNeil, C. (2006). Peer support: what makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, Vol.10, No.2 (29-37).
- Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L. (2001).Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol25, No 2. (134- 141).
- Min, S.Y., Whitecraft, J., Rothebard, A. & Salzer, M. (2007). Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: A survival analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 30, No. 3 (207-213).
- Mok, B.H. (2004). Self-help group participation and empowerment in Hong Kong. *Journal of Sociology and Social Welfare*, Vol. XXXI, No. 3 (153-168).
- Monteiro, F. J. & Matias, J. (2006). Attitudes from professionals and people with mental illness towards recovery – A way to define effective interventions? 6º Conferência Europeia de Psicologia Comunitária.
- Monteiro, F. J. (2000). Colaboração entre profissionais e Grupos de Ajuda Mútua. In J. Ornelas (Ed). Actas do II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária.
- Monteiro, F. J. (1997). Ajuda Mútua e Reabilitação. *Análise Psicológica*, Vol XV, No.3 (449-452).
- Moos, R., Schaefer, J., Andrassy, J. & Moos, B. (2001). Out patient Mental Health Care, Self-Help Groups and Patient's One-Year Treatment Outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 53, No.3 (273-287).
- Nelson, G., Ochocka, J., Yazen. R. & Trainor, J. (2006). A longitudinal Study of Mental Health Consumer/ Survivor Initiatives. Part 1- Literature Review and overview of the Study. *Journal of Community Psychology*, Vol. 34, No.3 (247-260).

- Nelson, G., Ochocka, J., Yazen. R. & Trainor, J. (2006). A longitudinal Study of Mental Health Consumer/ Survivor Initiatives. Part 2 – A quantitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology, Vol. 34, No.3* (261-272).
- Nelson, G., Ochocka, J., Yazen. R. & Trainor, J. (2006). A longitudinal Study of Mental Health Consumer/ Survivor Initiatives. Part 3 – A qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology, Vol. 34, No.3* (273-283).
- Nelson, G., Ochocka, J., Yazen. R. & Trainor, J. (2006). A longitudinal Study of Mental Health Consumer/ Survivor Initiatives. Part 4 – Benefits Beyond the Self? A quantitative and qualitative study of system-level activities and impacts. *Journal of Community Psychology, Vol. 34, No.3* (285-303).
- Nelson, G., Ochocka, J., Griffin, K. & Lord, J. (1998). "Nothing about me, without me": Participatory action research with self-help/ mutual aid organizations for psychiatric consumer/survivors. *American Journal of Community Psychology, 26*, 881-912.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). Relatório da Conferência da OMS em Helsínquia. Mental health: Facing the challenges, building solutions.
- Ornelas, j. (2002). Participação, empowerment e liderança comunitária. In J. Ornelas & S. Maria (Eds.), *Actas da III conferência Desenvolvimento comunitário e saúde mental: Participação, empowerment e liderança comunitária*.
- Ornelas, J. (2002). Uma década de reabilitação em Portugal: desafios futuros. In *Actas Conferência de Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: AEIPS.

- Ornelas, J. (2007). Psicologia Comunitária. Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica, Vol. XXV, No.1* (5-11).
- Ornelas, J. (2008). Psicologia Comunitária. *Fim De Século*.
- Potter, D. & Mulkern, V. (2007). Consumer/Survivor-Operated Mental Health Services. *Community Living Briefs, Vol. 2, No2* (1-12).
- Powell, T., Yeaton, W., Hill, E. M. & Silk, K. R. (2001). Predictors of Psicossocial outcomes for patients with mood disorders: the effects of self-help group participation. *Psychiatric Rehabilitation Journal. Vol. 25, No1.* (3-11).
- Powell, T., Silk, K. & Albeck, J. (2000). Psychiatrists' Referrals to Self-Help Groups for People With Mood Disorders. *Psychiatric Services, Vol. 51, No. 6.* (809 – 811).
- Powell, T. & Cameron, M. (1995). Self-Help Research and The Public Mental Health System. *American Journal of Community Psychology, Vol.19, No.5* (797-805).
- Rappaport, J. (1990). Desinstitucionalização: Empowerment e inter-ajuda. O papel dos técnicos de saúde mental no século XXI. *Análise Psicológica, Vol.2 (VIII),* 143-162.
- Resnick, S., Armstrong, M., Sperrazza, M., Harkness, L. & Rosenheck, R. (2004). A Model of Consumer-Provider partnership: Vet-to-Vet. *Psychiatric Rehabilitation Journal. Vol. 28, No.2* (185-187).
- Riessman, F. & Banks, E. (2001). A marriage of opposites: Self-help and the health care system. *Amererican Psychologist.*

- Riessman, F. (1990). Restructuring help: A human services paradigm for the 1990's. *American Journal of Community Psychology, Vol.18, No.2* (221- 230).
- Salzer, M., Segre, L. & Rappaport, J. (2001). Mental Health Professional's Support of Self-Help Groups. *Journal of Community & Applied Psychology, 1.* (1-10).
- Salzer, M. & Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania Best Practices Team (2002). Consumer-Delivered Services as a Best Practice in Mental Health Care Delivery and The Development of Practice Guidelines. *Psychiatric Rehabilitation Skills, Vol. 6* (355-382).
- Salzer, M. & Shear, S. (2002). Identifying Consumer-Provider Benefits in Evaluations of Consumer-Delivered Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 25, No.2* (281-288).
- Salzer, M., Rappaport, J. & Segre, L. (1999). Professional Appraisal of Professionally Led and Self-Help Groups. *American Journal of Orthopsychiatry, Vol.69.* (536-540).
- Segal, S., Hardiman, E. & Hodges, J. (2002). Characteristics of New Clients at Self-Help and Community Mental Health Agencies in Geographic Proximity. *Psychiatric Services, Vol.53, No. 9* (1145-1152).
- Segal, S. & Silverman, C. (2002). Determinants of Client Outcomes in Self-Help Agencies. *Psychiatric Services, Vol.53, No.3* ((304-309).
- Shepherd, M., Schoenberg, M., Slavisch, S., Wituk, S., Warren, M. & Meissen, G. (1999). Continuum of Professional Involvement in Self-Help Groups (1999). *Journal of Community Psychology, Vol.27, No. 1* (39-43).

- Solomon, P. (2004). Peer Support/Peer Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 27, No. 4. (392-401).
- Steginga, S. (2005). Evaluating peer support for prostate cancer: The prostate cancer peer support inventory. *BJU International*, 95 (1), 46-50.
- Tse, S., Doughty, C., & Bristol, F. (2004). Peer support groups for people with bipolar disorders in New Zealand: A pilot study on critical success factors. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 9 (1), 47-58.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Visitado em <http://www.samhsa.gov/> maio de 2008.
- Stewart, M., Banks, S., Crossman, D. & Poel, D. (1994). Partnerships between health professionals and self-help groups: meanings and mechanisms. In F. Lavoie, T. Borkman & B. Gidron (Eds). *Self-Help and Mutual Aid Groups: International and Multicultural Perspectives* (pp. 199 – 239). Haworth Press, Inc.
- Swarbick, M. (2007). Consumer-Operated Self-Help Centers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 31, No.1 (76-79).
- Todres, R. (1982). Professional attitudes, awareness and use of self-help groups. *Prevention in Human Services*, 1. (91- 98).
- Trainor, J., Shepherd, M., Boydell, K., Leff, A. & Crawford, E. (2002). Beyond the Services Paradigm: The impact of consumer/survivor initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 21, No.2 (132-140).

- Turner-Crowson, J. & Wallcraft, J. (2002). The Recovery Vision for mental Health Services and Research: a British Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.25, No.3 (245-254).
- Weissman, E., Covell, N., Kushner, M., Irwin, J., & Essock, S. (2005). Implementing peer-assisted case management to help homeless veterans with mental illness transition to independent housing. *Community Mental Health Journal*, 41 (3), 267-276.
- Wills, T. A.(1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S.L.Syme (Eds.), *Social support and health* (pp.61-82). Orlando: Academic Press.
- Wilson, M.E., Flanagan, S., & Rynders, C. (1999). The Friends program: A peer support group model for individuals with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (3), 239-247.
- Wituk, S., Shehepherd, M. Slavisch, S., Warren, M. & Meissen, G. (2000). A Topography of Self-Help Groups: An Empirical Analysis. *Social Work*, Vol.45, No. 2. (157- 165).

**VII – Anexos**

Anexo A: Questionário Versão Traduzida

Anexo B: Questionário Versão Original

Anexo C: Carta de Consentimento Informado

Anexo D: Outputs Resumidos das Análises Estatísticas

## Anexo A

A: Questionário Versão Traduzida



## **Conhecimento e Opinião sobre Grupos de Ajuda Mútua constituídos por Pessoas com Experiência de Doença Mental <sup>1</sup>**

Trata-se de um estudo monográfico integrado na Licenciatura em Psicologia Aplicada do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), em Lisboa. Pretende-se estudar o conhecimento e opinião dos profissionais de saúde relativamente a Grupos de Ajuda Mútua (G.A.M) de pessoas com doença mental.

Para ser possível realizar este estudo é necessário que responda ao seguinte questionário no qual se garante a confidencialidade e o anonimato. Todos os dados fornecidos ficarão no âmbito desta investigação e não serão usados para outros fins.

**AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO**

**Contacto para o presente estudo:**

Marta Baptista  
martinha566@hotmail.com

---

<sup>1</sup> Traduzido e adaptado de Chinman, Kloos, O'Connell & Davidson (2002) pelo grupo investigação sobre ajuda mútua sob orientação de Fátima Jorge Monteiro.



## PARTE II

1= Discordo Totalmente	2= Discordo em Parte	3= Não Concordo nem Discordo	4= Concordo em Parte	5= Concordo Totalmente
---------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

**Assinale a sua resposta com um círculo no número escolhido.**

1. Os G.A.M. devem receber subsídios governamentais, apenas quando não concorram/coexistam com serviços sociais e de saúde existentes.

|-----|-----|-----|-----|  
1          2          3          4          5

2. Se um G.A.M me pedir apoio para obter fundos para o seu funcionamento, eu ajudarei.

|-----|-----|-----|-----|  
1          2          3          4          5

3. Nos G.A.M as pessoas que aprenderam estratégias para lidar efectivamente com um determinado problema são um suporte precioso para outras na mesma situação.

|-----|-----|-----|-----|  
1          2          3          4          5

4. Os G.A.M. são essencialmente centros sociais.

|-----|-----|-----|-----|  
1          2          3          4          5

5. Em situações pouco graves de doença mental, as pessoas não devem frequentar os G.A.M..

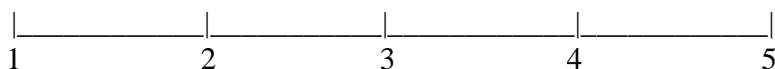
|-----|-----|-----|-----|  
1          2          3          4          5

6. Os G.A.M. são semelhantes a alguns cultos religiosos.

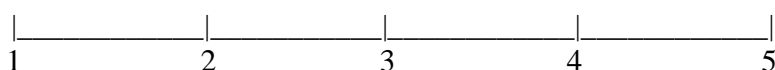
|-----|-----|-----|-----|  
1          2          3          4          5

1= Discordo Totalmente	2= Discordo em Parte	3= Não Concordo nem Discordo	4= Concordo em Parte	5= Concordo Totalmente
---------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

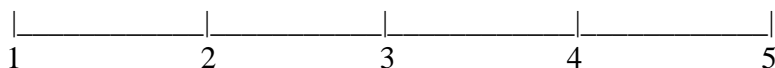
7. Os G.A.M. divulgam/distribuem informação aos seus membros.



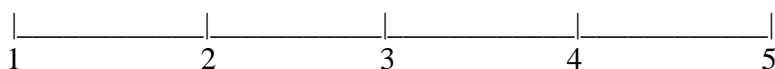
8. Os G.A.M. são mais valias para os recursos sociais e de saúde da comunidade.



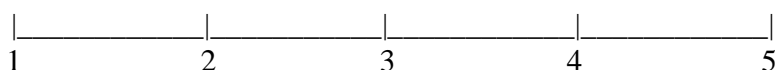
9. Desencoraja activamente a atribuição de subsídios governamentais para os G. A. M.



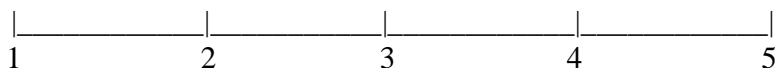
10. Se fosse abordado(a) por um membro de um G.A.M. de doentes mentais aconselharia-o (a) a procurar ajuda profissional como alternativa.



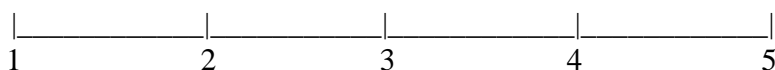
11. Os G.A.M interferem com as relações familiares e sociais instituídas.



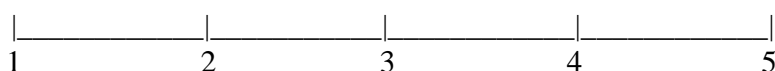
12. A participação nos G.A.M. não traz ajuda efectiva, pois quem dá ajuda tem as mesmas limitações de quem é ajudado.



13. Os G.A.M de doentes mentais são contra os profissionais de saúde mental.



14. Os G.A.M. são um “dreno” no seio dos recursos sociais e de saúde.



1= Discordo Totalmente	2= Discordo em Parte	3= Não Concordo nem Discordo	4= Concordo em Parte	5= Concordo Totalmente
---------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

**15.** Os G.A.M ajudam a combater o estigma associado à doença mental e fomentam a esperança para o processo de recovery dos seus membros.

|-----|-----|-----|-----|  
 1            2            3            4            5

**16.** Se for questionado(a) por colegas de profissão acerca de G.A.M para doentes mentais desencorajarei o seu desenvolvimento.

|-----|-----|-----|-----|  
 1            2            3            4            5

**17.** Os G.A.M. aumentam a identificação dos indivíduos com a sua comunidade.

|-----|-----|-----|-----|  
 1            2            3            4            5

**18.** Mesmo em situações graves de doença mental, as pessoas podem utilizar eficazmente os G.A.M. sem recurso a tratamento profissional.

|-----|-----|-----|-----|  
 1            2            3            4            5

**19.** Os G.A.M orientam os seus membros na resolução de situações do dia-a-dia.

|-----|-----|-----|-----|  
 1            2            3            4            5

**20.** Os G.A.M. de doentes mentais aumentam a qualidade de vida dos seus membros.

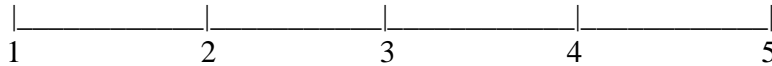
|-----|-----|-----|-----|  
 1            2            3            4            5

**21.** Os G.A.M. transmitem aos seus membros o sentimento de não estarem sozinhos com os seus problemas.

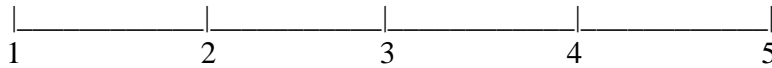
|-----|-----|-----|-----|  
 1            2            3            4            5

1= Discordo Totalmente	2= Discordo em Parte	3= Não Concordo nem Discordo	4= Concordo em Parte	5= Concordo Totalmente
---------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

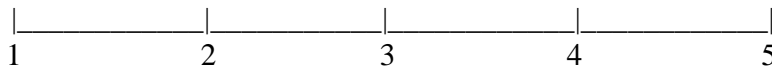
**22.** Os G.A.M. constituem-se como um apoio efectivo para os seus membros.



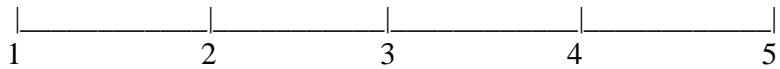
**23.** Através do recurso à espiritualidade/existencialismo, os G.A.M. promovem a esperança na recuperação entre os seus membros.



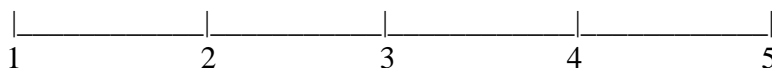
**24.** Nas situações menos graves de doença mental, os G.A.M. devem ser utilizados conjuntamente com a ajuda profissional.



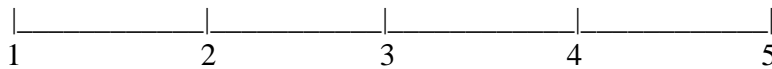
**25.** Os G.A.M devem apenas receber suporte financeiro dos seus membros.



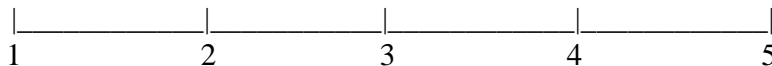
**26.** Existem evidências empíricas que demonstram que os G.A.M. prestam um suporte efectivo aos seus membros.



**27.** Os G.A.M. centram os seus membros neles próprios e não na ligação à comunidade.

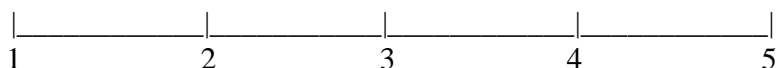


**28.** A participação nos G.A.M. leva à diminuição da sintomatologia da doença mental.

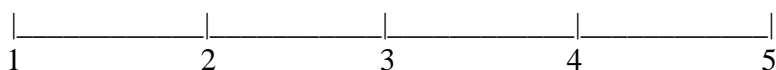


1= Discordo Totalmente	2= Discordo em Parte	3= Não Concordo nem Discordo	4= Concordo em Parte	5= Concordo Totalmente
---------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

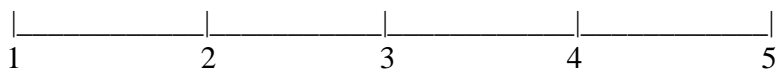
**29.** Nas situações graves de doença mental, os G.A.M. devem ser utilizados conjuntamente com a ajuda profissional.



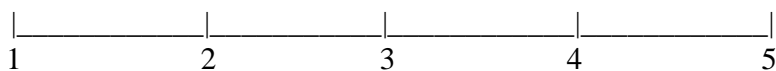
**30.** Os G.A.M. proporcionam aos seus membros oportunidades para desenvolverem estratégias e competências para a resolução dos seus problemas.



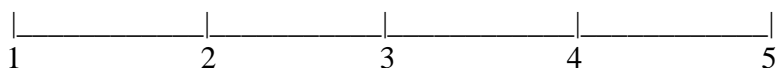
**31.** Os G.A.M. não previnem ou diminuem o recurso à hospitalização.



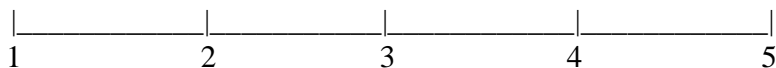
**32.** Nos G.A.M. dar e receber ajuda é um processo “terapêutico”.



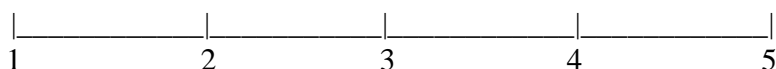
**33.** Nas situações graves de doença mental os G.A.M. nunca devem ser utilizados.



**34.** Os G.A.M. devem receber contribuições financeiras tanto dos seus membros como de privados (ex. fundações, ...).

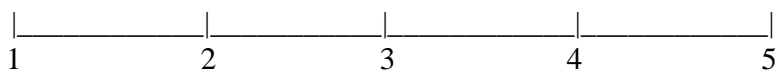


**35.** Os G.A.M. são bons locais para os membros conhecerem outros que encorajam mudanças positivas.

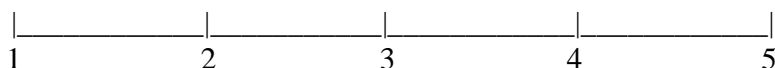


1= Discordo Totalmente	2= Discordo em Parte	3= Não Concordo nem Discordo	4= Concordo em Parte	5= Concordo Totalmente
---------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

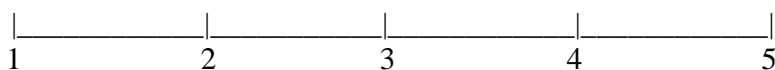
**36.** Os G.A.M. lutam pela existência de melhores serviços de saúde para os seus membros.



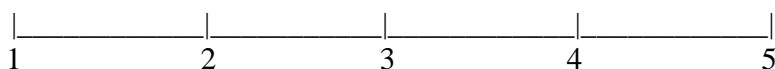
**37.** Os G.A.M. não se baseiam em nenhuma corrente teórica estabelecida.



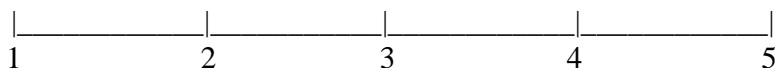
**38.** Em situações menos graves de doença mental, as pessoas podem utilizar os G.A.M., sem o recurso à ajuda profissional.



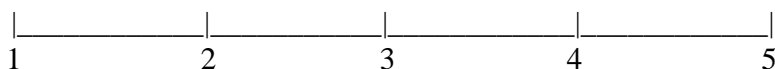
**39.** Os membros dos G.A.M. desencorajam a visão de si próprios em função da sua doença e dos seus sintomas.



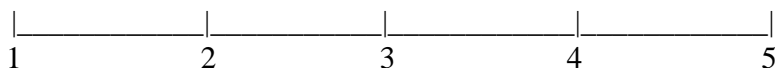
**40.** Os G.A.M. devem receber subsídios governamentais, mesmo que concorram/ coexistam com serviços de saúde e sociais existentes.



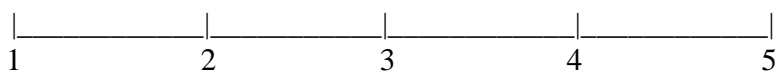
**41.** Os G.A.M. fomentam nos seus membros uma falsa esperança para o recovery.



**42.** Os G.A.M. difundem junto dos seus membros informação enganosa.



**43.** Os G.A.M. de doentes mentais isolam os seus membros da comunidade.





*Informação acerca da ligação pessoal com o tema do estudo*

9. Participou ou participa, enquanto membro, em algum tipo de Grupo de Ajuda Mútua?

Sim☒ Não☒

10. Profissionalmente, já colaborou ou colabora actualmente com algum Grupo de Ajuda Mútua?

Sim☒ Não☒

11. No âmbito das suas competências profissionais recebeu formação sobre Grupos de Ajuda Mútua?

Sim☒ Não☒

a) Se Sim, que tipo de formação?

Académica/Escolar☒

Contínua ou Similar☒

Muito obrigado pela sua colaboração.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Anexo B

B: Questionário Versão Original

We would like to know what you think about the following self-help and peer support groups, specifically abstinence-based 12 step groups (e.g., Alcoholics Anonymous, Cocaine Anonymous, and Narcotics Anonymous), mental health consumer self-help/peer support groups, and groups affiliated with the Connecticut Alliance for the Mentally Ill (CAMI). Please answer question 1 for each group.

Items	Group	Not at all familiar		Very Familiar
1. How familiar are you with each of these groups?				
	12 Step Groups	1 2	3	4 5
	Consumer Self-help/ Peer Support Groups	1 2	3	4 5
	CAMI Groups	1 2	3	4 5
<p>For the groups with which you are at all familiar (i.e., you gave a rating of 2, 3, 4, 5 on question 1) you do not need to complete the questions for groups with which you are not at all familiar.</p>				
2. In your professional judgment, how helpful/harmful is each group?		Very harmful		Very helpful
	12 Step Groups	1 2	3	4 5
	Consumer Self-help/ Peer Support Groups	1 2	3	4 5
	CAMI Groups	1 2	3	4 5

3. How frequently do you now refer clients to each group?		Never		Often
	12 Step Groups	1 2	3	4 5
	Consumer Self-help/ Peer Support Groups	1 2	3	4 5
	CAMI Groups	1 2	3	4 5
4. How much does each group interfere with or disrupt your delivery of mental health services?		Interferes a lot		Does not interfere
	12 Step Groups	1 2	3	4 5
	Consumer Self-help/ Peer Support Groups	1 2	3	4 5
	CAMI Groups	1 2	3	4 5
5. How important is each group in offering your client the resources and supports you cannot provide yourself?		Not at all valuable		Very valuable
	12 Step Groups	1 2	3	4 5
	Consumer Self-help/ Peer Support Groups	1 2	3	4 5
	CAMI Groups	1 2	3	4 5

Use the following scale to indicate your beliefs about the following groups.

Since we are interested in your beliefs.

PLEASE ANSWER THESE QUESTIONS EVEN IF YOU ANSWERED THAT YOU ARE NOT AT ALL FAMILIAR WITH THESE GROUPS.

1=Disagree 2=Disagree Somewhat 3=Neither agree nor disagree 4=Agree Somewhat 5=Agree

Items	12 Step Groups					Consumer Self-help/ Peer Support Groups					CAMI Groups				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. _____ should receive government funding if it does not compete with existing social or health services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. If approached by a _____, for assistance in generating funds, I would help them.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. People in _____ who have learned to cope effectively with a problem can be especially helpful to someone who is struggling with the same problem.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

4. ____ are primarily social clubs.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. In mild cases of psychopathology, ____ should never be used.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. ____ are similar to some religious cults.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. _____ disseminate/distribute information/education to members	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. ____ are positive additions to a community's social and health resources.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. I would actively discourage public funding of _____.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. If approached by a _____, I would try to convince the members to seek professional help instead.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

11. _____ interferes with existing family and social ties.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Participation in _____ is like the "blind leading the blind."	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13 _____ are anti professional.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. _____ are a drain on health and social services in the community.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. _____ help members challenge stigma and instil hope for recovery.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. If asked by my professional colleagues, I would discourage the development of _____	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. _____ enhances an individual's identification with their community.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

	12 Step Groups					Consumer Self-help/ Peer Support Groups					CAMI Groups				
18. In serious cases of psychopathology, _____ can be very effectively used, alone, without professional treatment.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. _____ provides guidance to members on practical issues pragmatic concerns.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. _____ improve members' quality of life.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. _____ help members to realize that they are not alone with their problems.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. _____ provide a crutch for members.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. By incorporating spiritual beliefs, _____ provide hope for their members.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<p>24. In mild cases of psychopathology, _____ should be used in conjunction with professional help.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>25. _____ should be completely self supportive. They should only receive financial support from members.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>26. There is a body of empirical evidence showing that _____ are effective.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>27. _____ encourage people to become self-centered rather than involved in their community.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>28. Participation in _____ leads to a decrease in symptoms.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

29. In serious cases of psychopathology, _____ should be used in conjunction with professional help.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. _____ provides members with an opportunity to develop their own problem solving skills and coping mechanisms.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. _____ do not prevent or decrease use of the hospital.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. In _____, the process of helping others is therapeutic.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33. In serious cases of psychopathology, _____ should never be used.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<p>34. ___ should receive financial contributions from private donors as well as members.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>Please use this scale for the following groups:          1=Disagree 2=Disagree Somewhat 3= Neither Agree nor disagree 4=Agree Somewhat          5=Agree</p>															
	12 Step Groups					Consumer Self-help/ Peer Support Groups					CAMI Groups				
<p>35. _____ are good places to meet others who are supportive and encourage positive change.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>36. _____ advocate for better services for their members.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>37. _____are not based on any established theoretical framework.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<p>38. In mild cases of psychopathology, _____ can be very effectively used, alone, without professional treatment.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>39. _____ discourage members from viewing themselves in terms of their symptoms.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>40. _____ should receive government funding even if such funding does compete with existing social or health services.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>41. _____ provide members with long term support.</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

	12 Step Groups					Consumer Self-help/ Peer Support Groups					CAMI Groups				
42. _____ provide members with a false hope for recovery.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. _____ provide members with misleading information.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. _____ isolate members from the community.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**1. Your gender:**

Male  Female

**2. Your age:**

20-35  36-50  50-65  66+

**3. Your ethnic background:**

- Asian-American
- Hispanic
- African-American
- Caucasian
- Native-American
- Other (please specify)

**4. For which program do you work?**

- Community mental health center  
 State hospital  
 Private psychiatric hospital  
 Psychiatric rehabilitation program (e.g., residential,  
 Vocational, or psychosocial)

**5. For which program do you work? (Continue)**

- Consumer-run program  
 Partial/day-hospital program  
 Assertive community treatment/outreach program  
 Case management program  
 Other (please specify)

**6. How many years have you worked for this program?** \_\_\_\_\_

**7. What is your profession (please specify)?** \_\_\_\_\_

**8. How many years have you worked in this profession?** \_\_\_\_\_

**8. Have you ever been hospitalized or treated for a psychiatric condition?**

Yes  No

**9. Has a family member ever been hospitalized or treated for a psychiatric condition?**

Yes  No

**10. Do you regularly participate in any peer support/self-help groups (e.g. AA, Recovery Inc., CAMI)?**

Yes If yes, which ones?

No

## Anexo C

C: Carta de Consentimento Informado

Lisboa, ... de Junho de 2007

Ex.<sup>a</sup>. Sr.<sup>a</sup>. .....

**Assunto: Pedido de autorização para realização de um questionário no âmbito de um estudo de investigação para licenciatura em Psicologia Clínica.**

O meu nome é Marta Baptista, sou estudante do 5º ano do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e estou a realizar um estudo de investigação para a licenciatura em Psicologia Clínica. Venho por este meio solicitar autorização para a realização de um questionário no âmbito do estudo acima referido. Este estudo pretende analisar as opiniões e conhecimentos dos profissionais de saúde, nomeadamente as atitudes em relação aos grupos de ajuda mútua na doença mental.

Assim, no contexto deste trabalho será utilizado um questionário constituído por três partes (ver anexo A). As respostas são anónimas e confidenciais, sendo apenas solicitados os dados de identificação pertinentes para o tratamento da informação recolhida.

Para quaisquer esclarecimentos sobre o assunto, encontro-me à disposição através dos contactos abaixo indicados:

Marta Baptista  
E-mail: martinha566@hotmail.com  
Tel.: 966357433

Desde já grata pela atenção dispensada,

---

Marta Baptista



## Estudo sobre Grupos de Ajuda Mútua para Familiares de Pessoas com Experiência de Doença Mental

### CONSENTIMENTO

Pretende-se com este estudo avaliar a importância dos grupos de ajuda mútua para familiares de pessoas com experiência de doença mental. É garantida a confidencialidade e anonimato das suas respostas.

**Por favor, assine este documento como confirmação da sua participação no estudo.**

AE-01	
AE-02	
AE-03	
AE-04	
AE-05	
AE-06	
AE-07	
AE-08	
AE-09	
AE-10	
AE-11	
AE-12	
AE-13	
AE-14	
AE-15	

O Responsável,

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo D

### D: Outputs Resumidos das Análises Estatísticas

Outputs relativos à caracterização dos profissionais do estudo

**Sexo**

	Frequency	Percent
Valid Masculino	16	21,6
Feminino	58	78,4
Total	74	100,0

**Idade**

	Frequency	Percent
Valid 20 a 35 anos	51	68,9
36 a 50 anos	19	25,7
51 a 65 anos	4	5,4
Total	74	100,0

**Instituição**

	Frequency	Percent
Valid Público	11	14,9
Privado	63	85,1
Total	74	100,0

**Profissão**

	Frequency	Percent
Valid Psicólogo	24	32,4
Técnico Reabilitação	11	14,9
Técnico Emprego Apoiado	10	13,5
Enfermeiro	13	17,6
Outros	16	21,6
Total	74	100,0

**Tempo\_Trabalho**

		Frequency	Percent
Valid	Até 5 anos	45	60,8
	Mais de 5 anos	29	39,2
	Total	74	100,0

**Tempo\_Desempenha**

		Frequency	Percent
Valid	Até 5 anos	39	52,7
	Mais de 5 anos	35	47,3
	Total	74	100,0

**Ligação familiar com a doença mental**

		Frequency	Percent
Valid	Sim	22	29,7
	Não	52	70,3
	Total	74	100,0

**Ligação pessoal com a doença mental**

		Frequency	Percent
Valid	Sim	2	2,7
	Não	72	97,3
	Total	74	100,0

**Participação enquanto membro em algum GAM**

		Frequency	Percent
Valid	Sim	1	1,4
	Não	73	98,6
	Total	74	100,0

**Colaboração com algum GAM**

		Frequency	Percent
Valid	Sim	24	32,4
	Não	50	67,6
	Total	74	100,0

**Formação sobre GAM's**

		Frequency	Percent
Valid	Sim	46	62,2
	Não	28	37,8
	Total	74	100,0

Output relativo às variáveis dependentes do estudo**Statistics das variáveis dependentes**

		Familiaridade	Julgamento_Profissional	Frequência_Encaminhamento	Interferência	Valor	Indices_Centrismo	Recovery
N	Valid	74	61	61	61	61	74	74
	Missing	0	13	13	13	13	0	0
	Mean	3,1757	4,3607	3,1311	3,8361	4,1475	2,4617	3,6554
	Median	3,0000	4,0000	3,0000	4,0000	4,0000	2,5000	3,6667
	Std. Deviation	1,34834	,73104	1,30990	1,18575	,98041	,45208	,45775

Será que a *familiaridade*, a *frequência de encaminhamento*, a *interferência* e o *centrismo profissional* são afectados significativamente pelo contexto?

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Familiaridade	Público	11	2,5455	1,50756	1,00	5,00
	Privado	63	3,2857	1,30048	1,00	5,00
	Total	74	3,1757	1,34834	1,00	5,00
Julgamento_Profissional	Público	8	4,2500	,88641	3,00	5,00
	Privado	53	4,3774	,71324	2,00	5,00
	Total	61	4,3607	,73104	2,00	5,00
Frequência_Encaminhamento	Público	8	2,2500	1,48805	1,00	5,00
	Privado	53	3,2642	1,24269	1,00	5,00
	Total	61	3,1311	1,30990	1,00	5,00
Interferência	Público	8	4,7500	,70711	3,00	5,00
	Privado	53	3,6981	1,18622	1,00	5,00
	Total	61	3,8361	1,18575	1,00	5,00
Valor	Público	8	4,2500	1,16496	2,00	5,00
	Privado	53	4,1321	,96152	1,00	5,00
	Total	61	4,1475	,98041	1,00	5,00
Indices_Centrismo	Público	11	2,5303	,37132	2,17	3,33
	Privado	63	2,4497	,46628	1,33	3,50
	Total	74	2,4617	,45208	1,33	3,50
Recovery	Público	11	3,5909	,49645	2,83	4,33
	Privado	63	3,6667	,45397	2,33	4,67
	Total	74	3,6554	,45775	2,33	4,67

#### Normalidade (Tests of Normality)

	Contexto	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Familiaridade	Público	,297	8	,037	,781	8	<b>,018</b>
	Privado	,219	53	,000	,869	53	<b>,000</b>
Julgamento_Profissional	Público	,301	8	,031	,782	8	<b>,018</b>
	Privado	,299	53	,000	,757	53	<b>,000</b>
Frequência_Encaminhamento	Público	,317	8	,018	,810	8	<b>,037</b>
	Privado	,195	53	,000	,902	53	<b>,000</b>
Interferência	Público	,513	8	,000	,418	8	<b>,000</b>
	Privado	,203	53	,000	,862	53	<b>,000</b>
Valor	Público	,365	8	,002	,724	8	<b>,004</b>
	Privado	,269	53	,000	,803	53	<b>,000</b>
Indices_Centrismo	Público	,327	8	,012	,810	8	<b>,037</b>
	Privado	,128	53	,030	,972	53	,256
Recovery	Público	,196	8	,200(*)	,931	8	,521
	Privado	,144	53	,008	,951	53	<b>,028</b>

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

a Lilliefors Significance Correction

## Test Statistics(a)

	Familiaridade	Julgamento_Profissional	Frequência_Encaminhamento	Interferência	Valor	Indices_Centrisimo	Recovery
Mann-Whitney U	242,500	198,000	121,000	100,500	188,000	329,500	313,500
Wilcoxon W	308,500	234,000	157,000	1531,500	1619,000	2345,500	379,500
Z	-1,621	-,330	-1,994	-2,512	-,551	-,261	-,505
Asymp. Sig. (2-tailed)	,105	,741	<b>,046</b>	<b>,012</b>	,581	,794	,614

a Grouping Variable: Contexto

**Será que a familiaridade, o julgamento profissional, a importância, o encaminhamento e o recovery são afectados significativamente pela profissão?**

## Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Familiaridade	Psicólogo	24	3,3333	1,12932	1,00	5,00
	Técnico Reabilitação	11	4,0909	,53936	3,00	5,00
	Técnico Emprego Apoiado	10	3,2000	1,68655	1,00	5,00
	Enfermeiro	13	2,6154	1,26085	1,00	5,00
	Outros	16	2,7500	1,61245	1,00	5,00
	Total	74	3,1757	1,34834	1,00	5,00
	Julgamento_Profissional	Psicólogo	22	4,2273	,68534	3,00
Técnico Reabilitação		11	4,7273	,46710	4,00	5,00
Técnico Emprego Apoiado		7	5,0000	,00000	5,00	5,00
Enfermeiro		11	4,0000	,77460	3,00	5,00
Outros		10	4,2000	,91894	2,00	5,00
Total		61	4,3607	,73104	2,00	5,00
Frequência_Encaminhamento		Psicólogo	22	3,0909	1,30600	1,00
	Técnico Reabilitação	11	3,9091	1,04447	2,00	5,00
	Técnico Emprego Apoiado	7	3,7143	,95119	2,00	5,00
	Enfermeiro	11	2,0000	1,00000	1,00	4,00
	Outros	10	3,2000	1,39841	1,00	5,00
	Total	61	3,1311	1,30990	1,00	5,00

Interferência	Psicólogo	22	3,7727	,86914	2,00	5,00
	Técnico Reabilitação	11	3,8182	1,60114	1,00	5,00
	Técnico Emprego Apoiado	7	3,7143	1,70434	1,00	5,00
	Enfermeiro	11	4,2727	1,00905	3,00	5,00
	Outros	10	3,6000	1,17379	2,00	5,00
	Total	61	3,8361	1,18575	1,00	5,00
Valor	Psicólogo	22	3,5455	1,10096	1,00	5,00
	Técnico Reabilitação	11	4,6364	,50452	4,00	5,00
	Técnico Emprego Apoiado	7	4,7143	,48795	4,00	5,00
	Enfermeiro	11	4,0000	1,00000	3,00	5,00
	Outros	10	4,7000	,48305	4,00	5,00
	Total	61	4,1475	,98041	1,00	5,00
Índices_Centris mo	Psicólogo	24	2,4861	,40503	1,67	3,17
	Técnico Reabilitação	11	2,2879	,46002	1,50	3,00
	Técnico Emprego Apoiado	10	2,3000	,46348	1,33	3,17
	Enfermeiro	13	2,4615	,30546	2,17	3,17
	Outros	16	2,6458	,56724	1,67	3,50
	Total	74	2,4617	,45208	1,33	3,50
Recovery	Psicólogo	24	3,6389	,36338	2,83	4,17
	Técnico Reabilitação	11	4,0758	,31941	3,50	4,67
	Técnico Emprego Apoiado	10	3,6500	,39636	3,00	4,17
	Enfermeiro	13	3,4359	,52059	2,67	4,33
	Outros	16	3,5729	,50906	2,33	4,33
	Total	74	3,6554	,45775	2,33	4,67

### Normalidade (Tests of Normality(b))

	Profissão	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Familiaridade	Psicólogo	,271	22	,000	,865	22	<b>,006</b>
	Técnico Reabilitação	,385	11	,000	,724	11	<b>,001</b>
	Técnico Emprego Apoiado	,258	7	,174	,818	7	,062
	Enfermeiro	,286	11	,012	,751	11	<b>,002</b>
	Outros	,181	10	,200(*)	,895	10	,191
	Julgamento_Profissional	Psicólogo	,266	22	,000	,794	22
	Técnico Reabilitação	,448	11	,000	,572	11	<b>,000</b>
	Enfermeiro	,227	11	,117	,833	11	<b>,025</b>
	Outros	,314	10	,006	,750	10	<b>,004</b>

Frequência_En caminhamento	Psicólogo	,207	22	,015	,900	22	<b>,030</b>
	Técnico Reabilitação	,216	11	,162	,871	11	,079
	Técnico Emprego Apoiado	,332	7	,019	,869	7	,183
	Enfermeiro	,227	11	,117	,863	11	,064
	Outros	,216	10	,200(*)	,907	10	,263
Interferência	Psicólogo	,222	22	,006	,867	22	<b>,007</b>
	Técnico Reabilitação	,315	11	,003	,746	11	<b>,002</b>
	Técnico Emprego Apoiado	,346	7	,011	,779	7	<b>,025</b>
	Enfermeiro	,401	11	,000	,625	11	<b>,000</b>
	Outros	,195	10	,200(*)	,878	10	,124
Valor	Psicólogo	,190	22	,038	,901	22	<b>,032</b>
	Técnico Reabilitação	,401	11	,000	,625	11	<b>,000</b>
	Técnico Emprego Apoiado	,435	7	,000	,600	7	<b>,000</b>
	Enfermeiro	,296	11	,008	,708	11	<b>,001</b>
	Outros	,433	10	,000	,594	10	<b>,000</b>
Indices_Centris mo	Psicólogo	,159	22	,155	,928	22	,112
	Técnico Reabilitação	,123	11	,200(*)	,976	11	,937
	Técnico Emprego Apoiado	,335	7	,017	,846	7	,112
	Enfermeiro	,236	11	,086	,858	11	,055
	Outros	,267	10	,042	,894	10	,188
Recovery	Psicólogo	,135	22	,200(*)	,949	22	,300
	Técnico Reabilitação	,224	11	,127	,951	11	,662
	Técnico Emprego Apoiado	,273	7	,124	,827	7	,074
	Enfermeiro	,166	11	,200(*)	,961	11	,789
	Outros	,200	10	,200(*)	,871	10	,104

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

a Lilliefors Significance Correction

b Julgamento\_Profissional is constant when Profissão = Técnico Emprego Apoiado. It has been omitted.

#### Test Statistics(a,b)

	Familiari dade	Julgamento_ Profissional	Frequência_Enc aminhamento	Interferên cia	Valor	Indices_Centris mo	Recovery
Chi-Square df	9,523 4	13,650 4	13,300 4	2,633 4	15,923 4	5,629 4	13,015 4
Asymp. Sig.	<b>,049</b>	<b>,008</b>	<b>,010</b>	,621	<b>,003</b>	,229	<b>,011</b>

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Profissão

**Será que a familiaridade é afectada significativamente pela formação?**

### Descriptives

Familiaridade

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sim	46	3,6957	1,00818	1,00	5,00
Não	28	2,3214	1,41562	1,00	5,00
Total	74	3,1757	1,34834	1,00	5,00

### Tests of Normality

	Formação	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Familiaridade	Sim	,206	46	,000	,889	46	<b>,000</b>
	Não	,253	28	,000	,827	28	<b>,000</b>

## Mann-Whitney Test

### Test Statistics(a)

	Familiaridade
Z	-4,019
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>,000</b>

a Grouping Variable: Lig11

**Será que o processo recovery é afectado significativamente pela formação?**

### Descriptives

Recovery

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sim	46	3,7391	,49647	2,33	4,67
Não	28	3,5179	,35236	2,83	4,17
Total	74	3,6554	,45775	2,33	4,67

## Normalidade (Tests of Normality)

	Formação	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Recovery	Sim	,162	46	,004	,937	46	<b>,015</b>
	Não	,128	28	,200(*)	,968	28	,517

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

a Lilliefors Significance Correction

## Mann-Whitney Test

## Test Statistics(a)

	Recovery
Z	-2,502
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>,012</b>

a Grouping Variable: formação

Será que a *familiaridade* e o *recovery* são afectados significativamente pela participação do profissional num GAM?

## Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Familiaridade	Sim	1	2,0000	.	2,00	2,00
	Não	73	3,1918	1,35049	1,00	5,00
	Total	74	3,1757	1,34834	1,00	5,00
Julgamento_Profissional	Sim	1	3,0000	.	3,00	3,00
	Não	60	4,3833	,71525	2,00	5,00
	Total	61	4,3607	,73104	2,00	5,00
Frequência_Encaminhamento	Sim	1	3,0000	.	3,00	3,00
	Não	60	3,1333	1,32085	1,00	5,00
	Total	61	3,1311	1,30990	1,00	5,00
Interferência	Sim	1	5,0000	.	5,00	5,00
	Não	60	3,8167	1,18596	1,00	5,00
	Total	61	3,8361	1,18575	1,00	5,00
Valor	Sim	1	5,0000	.	5,00	5,00
	Não	60	4,1333	,98233	1,00	5,00
	Total	61	4,1475	,98041	1,00	5,00

Indices_Centrismo	Sim	1	2,8333	.	2,83	2,83
	Não	73	2,4566	,45307	1,33	3,50
	Total	74	2,4617	,45208	1,33	3,50
Recovery	Sim	1	3,3333	.	3,33	3,33
	Não	73	3,6598	,45933	2,33	4,67
	Total	74	3,6554	,45775	2,33	4,67

## Normalidade

### Tests of Normality(b,c,d,e,f,g,h)

	Lig9	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Familiaridade	Não	,204	60	,000	,875	60	<b>,000</b>
Julgamento_Profissional	Não	,306	60	,000	,757	60	<b>,000</b>
Frequência_Encaminhamento	Não	,194	60	,000	,895	60	<b>,000</b>
Interferência	Não	,241	60	,000	,838	60	<b>,000</b>
Valor	Não	,278	60	,000	,802	60	<b>,000</b>
Indices_Centrismo	Não	,147	60	,003	,968	60	,115
Recovery	Não	,141	60	,005	,949	60	,015

a Lilliefors Significance Correction

## Mann-Whitney Test

### Test Statistics(b)

	Familiaridade	Julgamento_Profissional	Frequência_Encaminhamento	Interferência	Valor	Indices_Centrismo	Recovery
Z	-,961	-1,663	-,116	-1,078	-,977	-1,039	-,919
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>,337</b>	<b>,096</b>	<b>,907</b>	<b>,281</b>	<b>,329</b>	<b>,299</b>	<b>,358</b>

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: participação

Será que a *familiaridade* e o *recovery* são afectados significativamente pela colaboração?

#### Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Familiaridade	Sim	24	4,2917	,95458	2,00	5,00
	Não	50	2,6400	1,17387	1,00	5,00
	Total	74	3,1757	1,34834	1,00	5,00
Julgamento_Profissional	Sim	24	4,4583	,83297	2,00	5,00
	Não	37	4,2973	,66101	3,00	5,00
	Total	61	4,3607	,73104	2,00	5,00
Frequência_Encaminhamento	Sim	24	3,9583	1,08264	1,00	5,00
	Não	37	2,5946	1,16570	1,00	5,00
	Total	61	3,1311	1,30990	1,00	5,00
Interferência	Sim	24	4,0000	1,21584	1,00	5,00
	Não	37	3,7297	1,17020	1,00	5,00
	Total	61	3,8361	1,18575	1,00	5,00
Valor	Sim	24	4,3333	,81650	2,00	5,00
	Não	37	4,0270	1,06684	1,00	5,00
	Total	61	4,1475	,98041	1,00	5,00
Indices_Centrismo	Sim	24	2,3264	,54169	1,33	3,50
	Não	50	2,5267	,39175	1,67	3,33
	Total	74	2,4617	,45208	1,33	3,50
Recovery	Sim	24	3,8681	,46360	2,33	4,33
	Não	50	3,5533	,42250	2,67	4,67
	Total	74	3,6554	,45775	2,33	4,67

#### Normalidade (Tests of Normality)

		Lig10	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
			Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Familiaridade	Sim		,313	24	,000	,740	24	,000
	Não		,262	37	,000	,847	37	,000
Julgamento_Profissional	Sim		,367	24	,000	,693	24	,000
	Não		,268	37	,000	,776	37	,000
Frequência_Encaminhamento	Sim		,307	24	,000	,805	24	,000
	Não		,236	37	,000	,895	37	,002
Interferência	Sim		,253	24	,000	,782	24	,000
	Não		,240	37	,000	,845	37	,000
Valor	Sim		,293	24	,000	,764	24	,000
	Não		,279	37	,000	,804	37	,000
Indices_Centrismo	Sim		,134	24	,200(*)	,970	24	,678
	Não		,127	37	,135	,953	37	,121
Recovery	Sim		,262	24	,000	,788	24	,000
	Não		,116	37	,200(*)	,982	37	,784

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

a Lilliefors Significance Correction

	Familiaridade	Julgamento_Profissional	Frequência_Encaminhamento	Interferência	Valor	Indices_Centrismo	Recovery
Mann-Whitney U	167,500	363,500	179,500	376,500	381,000	452,000	311,000
Wilcoxon W	1442,500	1066,500	882,500	1079,500	1084,000	752,000	1586,000
Z	-5,124	-1,313	-4,004	-1,051	-1,000	-1,724	-3,360
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,189	,000	,293	,317	,085	,001

a Grouping Variable: colaboração

**Será que a frequência de encaminhamento é afectada significativamente pela ligação pessoal à problemática por parte do profissional devido a algum familiar já ter recebido tratamento devido a uma doença mental?**

### Descriptives

Frequência\_Encaminhamento

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sim	19	2,6316	1,30002	1,00	5,00
Não	42	3,3571	1,26532	1,00	5,00
Total	61	3,1311	1,30990	1,00	5,00

### Normalidade (Tests of Normality)

	Familiar recebeu tratamento	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência_Encaminhamento	Sim	,213	19	,024	,903	19	<b>,056</b>
	Não	,218	42	,000	,891	42	<b>,001</b>

a Lilliefors Significance Correction

## Mann-Whitney Test

### Test Statistics(a)

	Frequência_ Encaminhamento
Z	-1,988
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>,047</b>

a Grouping Variable: familiar recebeu tratamento

Será que a *frequência de encaminhamento* é afectada significativamente pela *ligação pessoal à problemática por parte do profissional devido a já ter recebido tratamento devido a uma doença mental?*

### Descriptives

#### Frequência\_ Encaminhamento

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sim	2	3,0000	,00000	3,00	3,00
Não	59	3,1356	1,33207	1,00	5,00
Total	61	3,1311	1,30990	1,00	5,00

### Normalidade (Tests of Normality(b))

	Recebeu tratamento	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência_ Encaminhamento	Não	,199	59	,000	,892	59	<b>,000</b>

a Lilliefors Significance Correction

b Frequência\_ Encaminhamento is constant when recebeu tratamento = Sim. It has been omitted.

## Mann-Whitney Test

### Test Statistics(b)

	Frequência_ Encaminhamento
Z	-,166
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>,868</b>

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: recebeu tratamento

## Correlações

### Correlação entre a *familiaridade* e o *encaminhamento*

#### Correlations

		Familiaridade
Frequência_Encaminhamento	Pearson Correlation	,645(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	61

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

### Correlação entre o *recovery* e a *familiaridade*, a *frequência de encaminhamento*, o *juízo profissional* e a *importância dos GAM*, sobre a crença no processo *recovery* através dos *GAM*

#### Correlations

		Recovery
Familiaridade	Pearson Correlation	<b>,521(**)</b>
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	74
Juízo_Profissional	Pearson Correlation	<b>,543(**)</b>
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	61
Frequência_Encaminhamento	Pearson Correlation	<b>,310(*)</b>
	Sig. (2-tailed)	,015
	N	61
Interferência	Pearson Correlation	,032
	Sig. (2-tailed)	,807
	N	61
Valor	Pearson Correlation	<b>,388(**)</b>
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	61
Índices_Centrismo	Pearson Correlation	<b>-,309(**)</b>
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	74

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

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