



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Nicole Fernandes da Costa

Implicações do abuso sexual na infância sobre o quotidiano do doente psiquiátrico. O olhar do assistente social.

Universidade Fernando Pessoa, Porto, Outubro de 2012

Implicações do abuso sexual na infância sobre o quotidiano do doente psiquiátrico. O olhar do assistente social

Implicações do abuso sexual na infância sobre o quotidiano do doente psiquiátrico. O olhar do
assistente social



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Nicole Fernandes da Costa

**Implicações do abuso sexual na infância sobre o quotidiano do
doente psiquiátrico. O olhar do assistente social.**

Universidade Fernando Pessoa, Porto, Outubro de 2012

**Implicações do abuso sexual na infância sobre o quotidiano do
doente psiquiátrico. O olhar do assistente social.**

Nicole Fernandes da Costa

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau
de Licenciatura em Serviço Social

Resumo

No presente estudo, analisa-se o problema das implicações do **abuso sexual** na infância sobre o quotidiano do doente psiquiátrico, identificado pelo olhar do **serviço social** a ele associado. Estuda-se e caracteriza-se a situação de Portugal face ao fenómeno do **abuso sexual** na infância, bem como os serviços de saúde que na região de Entre Douro e Vouga, prestam apoio às vítimas, o Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP) de S. João da Madeira. Tendo em atenção o objetivo do estudo - *compreender as implicações do abuso sexual na infância no quotidiano dos doentes psiquiátricos em tratamento no Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP) do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E (CHEDV)* - definiram-se, a partir da literatura, dimensões de análise, procurando identificar tipologias sobre os principais fatores que informam o problema em análise. Paralelamente, a experiência de estágio ajudou à reflexão. Enquanto futura assistente social a autora procurou perceber quais os domínios em que o problema fragiliza a **sociabilidade** quotidiana. Isto é, de que forma a patologia fragiliza a ligação dos doentes à vida em comunidade, à **sociabilidade**. Feito um estudo empírico, a partir de 44 situações que acorreram ao HDP, identificaram-se, através de um exercício de estatística descritiva, os indicadores que caracterizam os **doentes psiquiátricos**, vítimas de **abuso sexual** na infância. Discutiram-se os seus resultados em torno de quatro eixos: 1) os comportamentos autodestrutivos; 2) a ideação suicida; 3) as vulnerabilidades (desordens de humor, ansiedade e distúrbios de *stress* pós traumáticos); 4) a incapacidade para manter uma vida profissional estável. Deste estudo resultaram fios condutores para investigações a prosseguir, nomeadamente, por onde passa a construção da intervenção activa do **serviço social** neste domínio e como experienciam os assistentes sociais a sua prática de forma a criarem indicadores de avaliação dos seus resultados.

Palavras-chave: Abuso Sexual, Doença Psiquiátrica, Sociabilidade, Serviço Social

Abstract

This study analyzes the implications of the childhood **sexual abuse** problem on the psychiatric patient's daily routine, as seen by the **Social Work**. The childhood **sexual abuse** in Portugal has been studied and catalogued, as well as the support to the victims by the health services in the Entre Douro and Vouga regions, provided by Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP) in São João da Madeira. The mainstream of this study – *understand the childhood sexual implications on the **psychiatric patient's** daily routine treatment at the Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP) of the Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. (CHEDV)* – was directed at the dimension of the analysis, seeking the main types of factor that transmit the problems in cause. At the same time, the experience acquired during my traineeship, helped me to reflect on this social phenomenon. The author, as a future **Social Worker**, sought to pinpoint and identify where the problem fragilized most the daily **sociability**. Thus, in what form does this pathology fragilize the connection between the patients and their life in community, sociability. After a thorough study, based on 44 situations that occurred at the HDP, the indicators that characterized the **psychiatric patients**, victims of childhood **sexual abuse**, were identified by a descriptive statistic exercise. Due to these results, four points were debated: 1) auto destructive behavior; 2) suicidal tendencies; 3) Vulnerabilities (humour disorders, anxiety and post-traumatic *stress* disturbances); 4) unable to maintain a stable professional life. This study allows and calls for further investigation, as well as identifying the starting point of the **Social Worker's** intervention in this domain. An evaluation indicator of the Social Worker's experience and practice should be created.

Keywords: Sexual Abuse, Psychiatric Disorder, Sociability, Social Work

DEDICATÓRIA

Dedico este Projeto de Graduação à minha Mãe Teresa, pelo apoio, encorajamento, amor e pelos ensinamentos que formaram os alicerces da minha história.

Ao meu irmão Ricardo, alguém que transpira sabedoria e serenidade, e que sempre me incentivou a seguir este caminho.

Ao José pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos.

AGRADECIMENTOS

Apesar de um Projeto de Graduação ser, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora **Manuela Coutinho**, minha orientadora, pelo acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e generosidade reveladas, pela exigência, rigor, sentido crítico, ética, criatividade e sugestões relevantes feitas durante a orientação mas também pela capacidade de nunca dissociar a investigação da prática, o que sempre imprimiu ao longo deste trabalho e que influenciou a construção da minha identidade profissional.

À Doutora **Ana Morais**, orientadora institucional, pela oportunidade que me deu de desempenhar funções no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Voga, E.P.E., pelo desafio, competência científica e orientação dada mas também pelo prazer, dedicação, disponibilidade e amizade demonstradas durante o período de estágio. Gostaria também de agradecer à Doutora **Marta Pereira**, pela essencial colaboração que muito contribuiu para a validação e enriquecimento deste estudo no Hospital de Dia de Psiquiatria, pelo despertar do interesse pelo Serviço Social na Saúde Mental que constitui uma oportunidade única de crescimento pessoal e profissional.

Ao meu namorado **José Luís**, que me estimulou a crescer científica e pessoalmente, pelas inúmeras trocas de impressões, correções e comentários ao trabalho.

Ao meu irmão **Ricardo**, que sempre me transmitiu simplicidade, eficiência e competência, base do seu ser.

Acima de tudo agradeço à minha **Mãe Teresa** que não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida, pela paciência e compreensão reveladas, pelo apoio, acompanhamento e contributos essenciais, tendo em conta as circunstâncias.

Por fim, agradeço às seguintes **Instituições** pelo apoio, excelentes condições de

trabalho que me proporcionaram e colaboração prestadas, sem as quais não seria possível a concretização deste Projeto de Graduação:

- Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas;
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E;
- Hospital de Dia de Psiquiatria.

Mais uma vez, a todos os meus sinceros agradecimentos.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – Serviço Social em Psiquiatria no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.	3
1.1. Santa Maria da Feira. Notas para um Enquadramento Geográfico	3
1.1.1. Equipamentos Sociais/Saúde no território geográfico em apreço.....	5
1.2. Hospital de Dia de Psiquiatria do CHEDV	7
1.3. Serviço Social e a Saúde Mental no HDP.....	10
CAPÍTULO II - Implicações do abuso sexual na infância sobre o quotidiano do doente psiquiátrico. O olhar do assistente social	16
2.1. A Saúde Mental em Portugal.....	16
2.2. Sobre Patologias Psiquiátricas.....	19
2.2.1. Impacto no quotidiano dos indivíduos.....	20
2.2.2. Estigma Social.....	22
2.3. O Abuso Sexual na origem de Perturbações Psiquiátricas.....	23
2.3.1. Fatores Moderadores do Impacto	26
2.3.2. O Olhar do Assistente Social.....	27
CAPÍTULO III - Reflexões sobre a população que procura o HDP	29
3.1. Percurso Metodológico: opções e sua justificação	29
3.1.1. Objeto e objetivos do estudo.....	30
3.1.2. Procedimentos.....	32
3.1.3. Consulta dos Processos.....	32
3.1.4. Principais resultados.....	33
CAPÍTULO IV - Discussão de resultados	39

4.1. Comportamentos autodestrutivos	40
4.2. Ideação suicida	40
4.3. Vulnerabilidades (desordens de humor, ansiedade e distúrbios de <i>stress</i> pós traumáticos).....	41
4.4. Incapacidade para manter uma vida profissional estável.....	42
4.5. Em termos de reflexão final	43
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	50

Lista de Figuras

Figura I – Região Entre o Douro e Vouga.....	17
Figura II – Hospital Distrital de São João da Madeira.....	19

Lista de Diagramas

Diagrama I – Modelos Explicativos do Impacto do Abuso Sexual.....	38
--	-----------

Lista de Gráficos

Gráfico I – População Residente entre 1960 a 2001 e Projeção para 2011.....18

Lista de Quadros

Quadro I – Indicadores Sócio Demográficos e Institucionais de Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis e São João da Madeira.....	20
Quadro II – Necessidades das pessoas com Transtornos Mentais.....	22
Quadro III – Prestação de Cuidados do HDP: Princípios Orientadores.....	23
Quadro IV – Distribuição dos doentes por grupos de patologias e sexo.....	26
Quadro V – Principais causas de anos de vida ajustados, para a incapacidade (AVAI) em todas as idades e na faixa etária dos 15-44 anos, por sexo (estimativa para 2000)...	28
Quadro VI – Identificação da Amostra.....	48
Quadro VII – Escolaridade e Situação perante a profissão.....	49
Quadro VIII – Agregado Familiar.....	50
Quadro IX – Patologia Psiquiátrica.....	50
Quadro X – Vitima de Abuso Sexual por Sexo.....	51
Quadro XI – Patologia Psiquiátrica das vítimas de abuso sexual.....	51
Quadro XII – Ideação Suicida.....	52
Quadro XIII – Tipo de Tratamento.....	52

Lista de Siglas

AMP: Área Metropolitana do Porto

APA: American Psychological Association

AVAI: Ano de Vida Ajustado por Incapacidade

CERCIS: Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas

CGD: Carga Global de Doença

CHEDV: Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

E.P.E.: Entidade Pública Empresarial

HDP: Hospital de Dia de Psiquiatria

INE: Instituto Nacional de Estatística

IP: Instituto Público

IPSS: Instituições Particulares de Solidariedade Social

NUT: Nomenclaturas de Unidades Territoriais

OMS: Organização Mundial de Saúde

QDV: Qualidade de Vida

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

INTRODUÇÃO

O trabalho que se apresenta surge no âmbito da conclusão da Licenciatura em Serviço Social, na Universidade Fernando Pessoa, Porto. Aqui se reflete sobre a prática do Assistente Social em contexto hospitalar, mais propriamente num serviço de Psiquiatria, partindo de um assunto que tem vindo a revelar-se crescentemente, o abuso sexual na infância sobre o quotidiano do doente psiquiátrico.

A Psiquiatria tem sido, cada vez mais, estudada pelas várias áreas científicas, tornando-se num tema de interesse e de preocupação para os investigadores atuais. Embora a co-morbilidade da ansiedade e da depressão tenha sido extensamente pesquisada nos seus aspetos clínicos, neurobiológicos e psicodinâmicos, a sua explicação continua a ser muito discutida. Os estudos referem-se à escolha do tratamento farmacológico que tem merecido uma atenção especial, já que a perturbação ansio-depressiva tende a ser crónica, sobretudo nas mulheres. Por seu lado, a intervenção social vem ganhando neste domínio um lugar de especial destaque.

A prática da institucionalização tem tido debates discordantes e, dentro dessas contradições que os polarizam, umas são provenientes da história percorrida pelo Serviço Social na Saúde Mental e outras são inerentes à realidade com que cada instituição psiquiátrica se debate diariamente. Deste modo, avançou-se com uma reflexão, cruzando perspetivas de abordagem sobre a doença mental para, intencionalmente, nos orientarmos para o Serviço Social no Hospital de Dia de Psiquiatria que opera na região abrangida pelo CHEDV.

A par destas temáticas surgiu a curiosidade, devido à proximidade que o percurso de estágio possibilitou, de perceber as causas da proliferação de uma patologia de foro psiquiátrico que parece ter como antecedentes, situações de causalidade idênticas. No nosso caso, o abuso sexual apareceu com frequência como causalidade de patologias psiquiátricas. Por esse motivo, o trabalho desenvolverá um exercício empírico que coloca em debate as implicações do abuso sexual na infância no quotidiano dos doentes mentais em tratamento no Hospital de Dia de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E (CHEDV). Concretamente, ao Serviço Social importa perceber quais os domínios em que a patologia fragiliza a

ligação à vida em comunidade. Este percurso orientará a discussão dos resultados.

Para o efeito, procedeu-se à recolha de informação de 44 processos clínicos, no referido Hospital. Utilizando um exercício de estatística descritiva, procurou-se colocar em discussão fatores a que a literatura se refere ao discutir sobre os indivíduos, vítimas de abuso sexual na infância.

O percurso metodológico apresentado na parte empírica do trabalho apresentou todas as fases realizadas ao longo do projeto de graduação, incluindo os resultados. Nesta sequência, e na discussão destes, refletiu-se sobre os objetivos a que nos propusemos, isto é, por onde passam as consequências do abuso sexual na infância e na adolescência, em doentes adultos com patologia psiquiátrica. Porque é sempre de um olhar do Serviço Social que se trata, orientamos a análise para as vulnerabilidades que obstam a que estes doentes beneficiem de coesão familiar, comunitária e social.

Nos profissionais de Serviço Social, parece denotar-se o desenvolvimento de competências associadas à comunicação, gestão de informação e até à gestão da informalidade entre pares, pelo que em termos de conclusão procurou-se avançar com novas perspetivas de estudo a prosseguir.

CAPÍTULO I – Serviço Social em Psiquiatria no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.

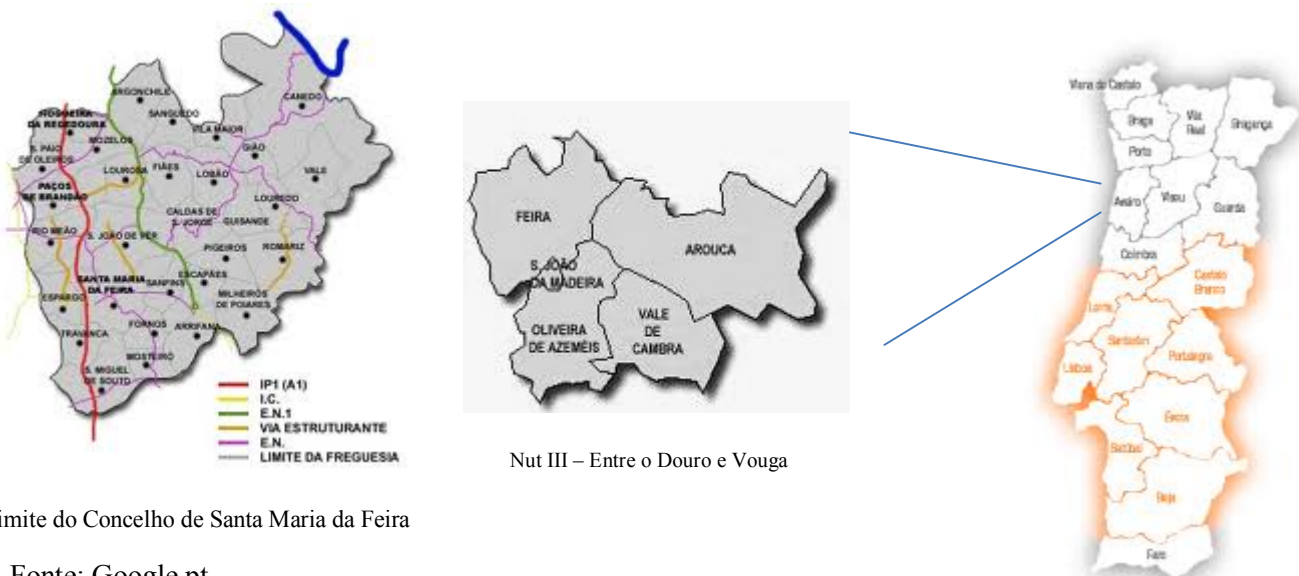
O Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. (CHEDV), instituição onde decorreu este estágio, entrou em funcionamento a 27 de Janeiro de 2009 e agregou, nesta nova estrutura, o Hospital Distrital de São João da Madeira, o Hospital São Miguel, em Oliveira de Azeméis e o Hospital São Sebastião, E.P.E., em Santa Maria da Feira. É neste último local que funciona a sede do CHEDV.

1.1. Santa Maria da Feira. Notas para um Enquadramento Geográfico

Santa Maria da Feira enquadra-se na Região Entre o Douro e Vouga e o seu concelho possui cerca de 135 964 habitantes distribuídos por uma área com cerca de 215.6 km² (estimativas do INE) e 31 freguesias. Nos limites Norte e Sul do concelho, é de referenciar a aproximação a importantes centros urbanos. A Norte surge o Grande Porto e a Sul São João da Madeira, áreas com elevadas densidades e dinâmicas populacionais. Estas áreas urbanas estão ligadas a Santa Maria da Feira por importantes eixos viários.

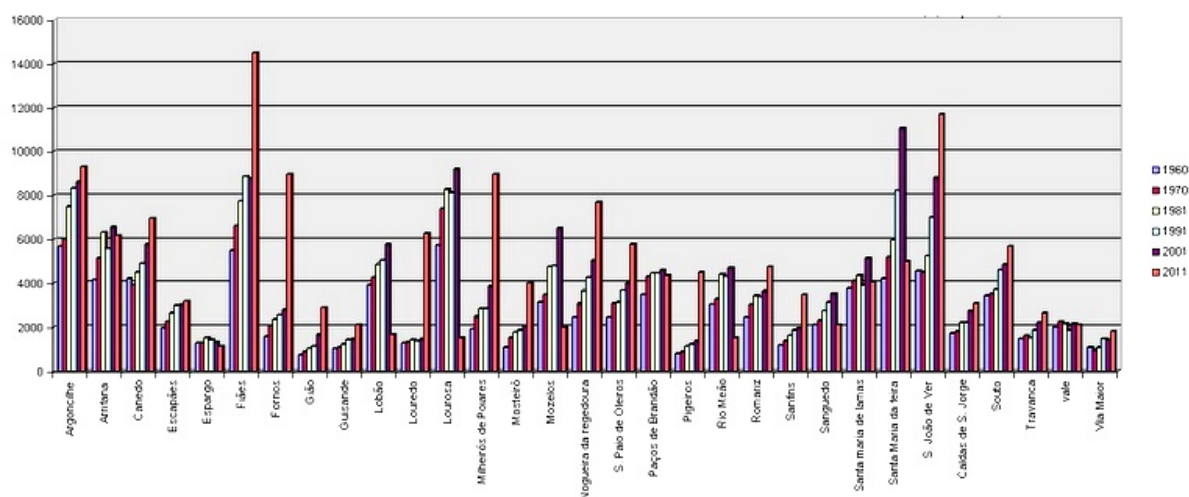
O município pertence ao distrito de Aveiro, é limitado a norte por Vila Nova de Gaia e Gondomar, a leste por Arouca, a sueste por Oliveira de Azeméis e São João da Madeira, a sul e a oeste por Ovar e a oeste por Espinho.

Figura I - Região Entre o Douro e Vouga



Desde Janeiro de 2005 que Santa Maria da Feira faz parte integrante da Área Metropolitana do Porto (AMP) e é neste contexto que se apresenta como um dos mais dinâmicos municípios demográficos, uma vez que representa 9% dos habitantes da AMP e, por outro lado, registou entre 1991 e 2001 um crescimento de 15%, dos mais fortes aumentos em toda a AMP. Podemos verificar este crescimento através do Gráfico apresentado:

Gráfico I - População Residente entre 1960 a 2001 e Projeção para 2011



Fonte: Recenseamentos da população INE, Revisão Plano Diretor Municipal - Câmara Municipal de Santa Maria da Feira: <https://www.cm-feira.pt>.

O CHEDV agrega, como acima referido, o Hospital Distrital de São João da Madeira, onde se encontra o Hospital de Dia de Psiquiatria, local onde foi desenvolvido, com especial enfoque, o estágio curricular.

A cidade de São João da Madeira é constituída por 21 lugares, numa área de cerca de 8 km², com 21 713 habitantes (2011). Situa-se no extremo Norte da Beira Litoral e do Distrito de Aveiro (cf. Figura I) e, tal como Santa Maria da Feira, encontra-se integrada na AMP.

A história do Hospital de S. João da Madeira remonta a 1966, data em que foi inaugurado. Construído por iniciativa da Santa Casa da Misericórdia local, em 1975 foi integrado na rede dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, na sequência da publicação do Decreto-Lei nº 704/74, de 7 de Dezembro (CHEDV, 2012).

Figura II - Hospital Distrital de São João da Madeira



Fonte: Galeria de Imagens do CHEDV

Em 1977, em conjunto com o Hospital de Oliveira de Azeméis, passou a integrar o Centro Hospitalar de São João da Madeira/Oliveira de Azeméis, criado pelo Decreto-Lei nº 94/77, de 15 de Março. Posteriormente, com a construção de um novo hospital em Santa Maria da Feira, estas Instituições passaram a fazer parte do Centro Hospitalar de Aveiro Norte, com a publicação do Decreto Regulamentar nº 3/ 79, de 24 de Fevereiro (idem, 2012).

A 1 de Fevereiro de 2009, por força da aplicação do Decreto-Lei nº 27/2009, de 27 de Janeiro, o Hospital de São João da Madeira passou a integrar o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., em conjunto com o Hospital de São Sebastião e Hospital São Miguel – Oliveira de Azeméis (idem, 2012).

Existem fortes interações desenvolvidas entre São João da Madeira e Santa Maria da Feira que vieram a ser intensificadas aquando da união dos hospitais em Centro Hospitalar. No entanto, esta união não é só ao nível da saúde mas também ao nível económico, social e/ou cultural. Os habitantes de ambas as cidades recorrem, frequentemente a serviços mútuos, atenuando, deste modo, a escassez de respostas existentes num único concelho.

1.1.1. Equipamentos Sociais/Saúde no território geográfico em apreço

No que toca aos serviços de saúde, Santa Maria da Feira, além do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, possui um Centro de Saúde e 21 extensões de

saúde distribuídas pelas várias freguesias do concelho e 24 farmácias.

Na zona de intervenção do CHEDV, de grande densidade populacional (cf. Quadro I), relativamente à média de Portugal continental (112,8), revela-se, entre muitas outras necessidades, a de um maior conhecimento sobre a dimensão da doença psiquiátrica na sequência do elevado número de utentes que frequentam as consultas externas de psiquiatria no Hospital São Sebastião mas também no Hospital de Dia de Psiquiatria. Este problema alia-se a uma população pouco escolarizada em contexto socioeconómico muito débil levando a um constrangimento (e talvez vergonha) por parte dos indivíduos e suas famílias, o que dificulta a verificação destas situações às entidades competentes.

Quadro I – Indicadores sócio demográficos e institucionais de Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis e S. João da Madeira

Indicadores Sócio demográficos		Sta. Maria da Feira	Oliveira de Azeméis	S. João da Madeira
Densidade demográfica		645,3	425,9	2733,6
Idade Média da população		35,6	37,1	36,6
Escolaridade	Analfabetismo (%)	6,7	6,8	4,8
	População c/ escolaridade obrigatória (%)	28,7	28,7	41,6
	População c/ ensino superior completo (%)	5,1	4,3	8,9
População Ativa	Total	70 728	36 882	11 543
	Empregada	67 424	35 458	10 913
Ganho médio mensal (Portugal €1036,4)		884,5	898,0	867,4
IPSS		38	30	7

Fonte: INE, Dezembro de 2011; Diagnóstico da Rede Social de Santa Maria da Feira 2010; Observatório da rede Social de Oliveira de Azeméis 2012; Diagnóstico da Rede Social de S. João da Madeira 2009

Ao nível da ação social, existem no concelho 48 Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), maioritariamente direcionadas para infância, juventude e terceira idade, bem como duas Cooperativas de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCIS) e apenas uma para apoio aos doentes psiquiátricos – Casa

Ozanam.

Santa Maria da Feira apresenta-se como um concelho preparado para responder à procura, quando observamos as valências que existem no território, mas também preocupado em colmatar as necessidades que os seus residentes apresentam. Possui uma Rede Social que congrega os equipamentos sociais e define como prioridades de intervenção a criação de respostas múltiplas, o aprofundamento de conhecimentos de áreas sociais menos estudadas, o desenvolvimento de ações que promovam a prevenção de comportamentos de risco, cursos de formação e de projetos que melhorem as competências pessoais e sociais dos grupos excluídos e a sua conseqüente inserção social e profissional (Observatório Social de Santa Maria da Feira, 2012).

Tal como qualquer outro concelho, Santa Maria da Feira tem os seus pontos críticos, e, no que se refere a respostas sociais, na área da psiquiatria verificamos que ainda há muito a fazer. Não existem instituições que alberguem a população portadora de doença psiquiátrica nem acolhimento para situações de emergência, sendo sempre necessário, nestes casos, o encaminhamento para entidades, maioritariamente, no distrito do Porto.

Feita a localização geográfica e observados alguns indicadores que nos ajudam a criar horizontes de referência, assim construímos um cenário para observar a patologia mental integrada na dinâmica institucional em saúde na região, pelo que passamos à abordagem concreta do Hospital de Dia de Psiquiatria do CHEDV.

1.2. Hospital de Dia de Psiquiatria do CHEDV

O Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP) do Centro Hospitalar Entre o Douro e o Vouga situa-se nas instalações do Hospital de São João da Madeira. É um dos serviços ao dispor de ambas as cidades e trabalha em parceria com o serviço de Consultas Externas do Hospital São Sebastião. Teve o início das atividades em Abril de 2010, de um modo faseado, começando pelo programa Consulta de Intervenção em Crise, assim como o programa ambulatorio de Intervenção Continuada em Perturbações da Personalidade estendendo-se progressivamente à Intervenção em Crise em Hospital de Dia (Serviço de Psiquiatria, 2010).

Em termos de funcionamento, este hospital orienta-se por um modelo biopsicossocial de cuidados psiquiátricos que pretende ter um serviço de internamento parcial virado para a comunidade, em fluída ligação às restantes valências do Serviço de Psiquiatria. Dirigindo a sua intervenção para a crise, tem como objeto pessoas com perturbações psíquicas, agudas, graves, com indicações para internamento, mas sem potencial disruptivo ou de risco que obriguem a um internamento completo (Hospital de Dia de Psiquiatria, p. 3, 2010).

Neste domínio, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) refere que, ao longo dos anos, se formou um consenso entre os clínicos quanto à efetividade de certas intervenções para o tratamento de distúrbios mentais, albergando uma série de conhecimentos provenientes das várias áreas da saúde, tais como a farmacoterapia, psicoterapia, a reabilitação psicossocial e a reabilitação profissional e emprego que colmatam as necessidades de um indivíduo com distúrbios psiquiátricos.

Quadro II - Necessidades das pessoas com transtornos mentais

Reconhecimento precoce Informação sobre doença e tratamento Atenção médica Apoio psicológico Hospitalização	Médico	Comunitário	Evitação de estigma e discriminação Plena participação social Direitos humanos
Apoio social Educação Apoio vocacional Cuidados diurnos Atenção de longa duração Necessidades espirituais	Reabilitação	Família	Aptidões para atenção Coesão da família Apoio numa crise Apoio financeiro Atenção nas folgas

Fonte: Adaptado pela aluna, a partir de OMS (2001)

O Quadro II retrata bem as necessidades das pessoas com transtornos mentais, refletindo o que desde início nos preocupou: os obstáculos que dificultam a integração destes indivíduos em espaços de coesão, segurança e confiança. Isto é, situações que dificultam a sua sociabilidade.

O internamento parcial, utilizado no HDP, é uma solução de tratamento intensivo que reduz as condicionantes provocadas por um corte com o contexto vital do doente, facilitando, após o episódio agudo de descompensação, a reinserção psicossocial

deste e o retorno ao seu melhor funcionamento. As exigências de uma unidade deste tipo prendem-se com as suas características de contacto terapêutico intensivo, exigindo dos técnicos qualidades de regulação e contenção emocional, aptidões relacionais e capacidade de trabalhar em equipa (idem, p.3).

O HDP intervém de forma escalonada, de acordo com diferentes graus de gravidade e indicação terapêutica, dispondo para isso de três programas: dois de internamento parcial – Consulta de Intervenção em Crise – e um de ambulatório – Intervenção Continuada em Perturbações da Personalidade. Deste modo, garante a continuidade de cuidados, em articulação com o psiquiatra assistente, em casos de instabilidade estrutural, nomeadamente doentes com historial de comportamento auto e heterodestrutivo, com tentativas de suicídio e/ou graves problemas relacionais (idem, p.7).

Quadro III – Princípios orientadores da prestação de cuidados no HDP

→ Flexibilidade;
→ Acessibilidade;
→ Coerência;
→ Abrangência;
→ Continuidade de Cuidados;
→ Participação Comunitária;
→ Recuperação;
→ Avaliação.

Fonte: Hospital de Dia de Psiquiatria, 2010

Todos estes princípios propõem a promoção da melhoria dos cuidados, capacitando a uma avaliação objetiva e pragmática, com o contributo dos utentes e dos profissionais (idem, p. 5).

1.3. Serviço Social e a Saúde Mental no HDP

São objetivos do Serviço Social a identificação precoce das situações problemáticas de forma a facilitar a planificação atempada da denominada “alta social” para que, tendencialmente, seja coincidente com a “alta clínica”. Objetiva garantir que o doente receba os cuidados necessários no momento certo, bem com garantir o registo de todas as atividades desenvolvidas em torno do doente, de modo sistematizado, legível, datado e identificado, proporcionando a continuidade e coordenação dos cuidados, no respeito pelos direitos do doente em termos de acesso, confidencialidade e consentimento informado.

A função do apoio social é fazer com que o utente possa ter alguém com quem falar, fomentando nele sentimentos de que é respeitado e ouvido. A nível material e financeiro, o apoio é desenvolvido no sentido de resolver problemas práticos e que auxilie no quotidiano. Este apoio tem efeitos no bem-estar e na saúde, uma vez que as pessoas que se encontram com baixo rendimento têm maior risco de viver situações stressantes, do que aquelas que estão socialmente integradas e/ou que beneficiam de apoio em caso de necessidade. Deste modo, o Serviço Social, mesmo quando num registo de proteção, procura ser facilitador da atenuação de experiências de vida negativas. Ainda a referir o papel do aconselhamento em serviço social, favorecedor de uma relação dinâmica entre o profissional, o doente e os familiares, como também a mediação entre o doente/família, as instituições e a comunidade. Em causa está sempre um trabalho promotor da atitude participativa do doente no seu processo de saúde.

Numa área de 215.6 km², onde habitam mais de 135 mil habitantes, muitas foram as situações que, no âmbito da permanência da autora no HDP, necessitaram de apoio para atenuar ou solucionar os obstáculos com que quotidianamente as populações se confrontam. Situações que, por força de dificuldades provenientes das patologias psiquiátricas que sofrem, não conseguem resolver autonomamente. Para se ter uma noção mais objetiva, no Hospital de Dia de São João da Madeira, são atendidos por ano, uma média de 279 utentes (estimativa feita pela aluna através do número de vagas existentes nos tratamentos administrados, no período de 12 meses), no âmbito do grupo de Perfusão e Psicoterapêutico. Para além destas tipologias de intervenção, ainda se fazem consultas externas e trabalho de gestão de casos.

Aqui as mulheres apresentam uma maior propensão para virem a sofrer de patologias psiquiátricas acompanhando a tendência sugerida por estudos nacionais e internacionais. Um deles, desenvolvido a nível nacional, pela Rede de Referência de Psiquiatria em Portugal, elaborado pela Direção Nacional de Saúde (2004), desenvolveu o “Censo Psiquiátrico”. O último censo remonta a 2001 e teve como propósito a contabilização uniforme de todos os utentes assim como das suas características, para que fosse possível melhorar os serviços e o acesso fácil aos dados relativos à atividade assistencial desses serviços. Em termos de resultados, o estudo, refere que de 17902 indivíduos, 9768 (55%) são mulheres, 7942 (44%) são homens e 192 de género desconhecido (1%) (Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, 2004).

Avança também que as patologias mais frequentes a nível nacional são as esquizofrenias, com 3556 doentes, seguidas das depressões com 2499 e posteriormente dos atrasos mentais com 2247 indivíduos (idem, 2004). Tal como se pode verificar no quadro IV, dos 13 grupos de patologias que se apresentam, em 8 as mulheres assumem o valor mais alto, representando o género que terá mais propensão para vir a sofrer de uma perturbação mental a longo prazo.

A nível mundial, a OMS, através do Relatório Mundial sobre a Saúde do Mundo (2001), refere que a saúde mental tem sido negligenciada durante muito tempo, observando mesmo que é fundamental encará-la “sob uma nova luz” para que se imponha o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países (OMS, 2001). É importante perceber que os transtornos mentais e comportamentais causam sérios distúrbios na vida daqueles que são afetados mas também das suas famílias e, para se conseguir compreender o impacto destes distúrbios, a OMS aborda a importância dos instrumentos que medem a qualidade de vida (QDV) (Lehman *et al*, 1998 *cit in* OMS, 2001).

Neste relatório, a OMS chama a atenção para estudos que utilizam este tipo de instrumento de medição e que comprovam que as perturbações comportamentais e mentais provocam um grande impacto, demonstrando mesmo que a qualidade de vida continua a ser baixa mesmo depois da recuperação em virtude de fatores sociais que incluem a persistência do estigma e da discriminação. Refere também que os doentes com transtornos mentais graves que vivem em hospitais psiquiátricos têm uma qualidade de vida mais baixa do que aqueles que vivem em comunidade (UK700

Group, 1999 *cit in* OMS, 2001). No entanto, não são só os transtornos mentais graves que provocam impacto na qualidade de vida dos indivíduos mas também os transtornos da ansiedade e do pânico principalmente quando se referem ao exercício psicológico.

Quadro IV - Distribuição dos doentes por grupos de patologias e sexo

Grupo de Patologias	Sexos					
	Homens		Mulheres		HM	
	n %	%	n %	%	n %	%
Esquizofrenia	2314 30,6	65,1	1242 13,5	34,9	3556 21,2	100,0
Depressões	508 6,7	20,3	1991 21,6	79,7	2499 14,9	100,0
Atrasos Mentais	970 12,8	43,2	1277 13,9	56,8	2247 13,4	100,0
Alt. associadas ao consumo do álcool	1131 15,0	75,7	363 3,9	24,3	1493 8,9	100,0
Neuroses	420 5,6	29,2	1016 11,0	70,8	1436 8,6	100,0
Psicoses Afetivas	362 4,8	28,4	911 9,9	71,6	1273 7,6	100,0
Perturbações de Adaptação	308 4,1	27,5	811 8,8	72,5	1119 6,7	100,0
Síndromes Demenciais	174 2,3	27,6	456 5,0	72,4	630 3,8	100,0
Outras Psicoses	325 4,3	52,6	293 3,2	47,4	618 3,7	100,0
Perturbações da Personalidade	172 2,3	41,2	245 2,7	58,8	417 2,5	100,0
Alt. associadas ao consumo de drogas	244 3,2	76,5	75 0,8	23,5	319 1,9	100,0
Depressões do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	71 0,9	47,7	78 0,8	52,3	149 0,9	100,0
Outros	560 7,4	55,8	443 4,8	44,2	1003 6,0	100,0
Total	7559	45,1	9201	54,9	16760	100,0

Fonte: Adaptado pela aluna a partir da Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental (2004)

Tal como na Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental (2004), a OMS também refere que são as mulheres as que mais sofrem com as patologias psiquiátricas. São principalmente os transtornos depressivos os distúrbios de que mais sofre o sexo feminino sendo caracterizados pelos sentimentos de tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição de energia levando à perda de confiança e autoestima que, por sua vez, provocam pensamentos de morte e suicídio. A depressão pode durar alguns meses no entanto, quando não há um tratamento adequado, pode seguir um curso crónico e sem remissão, totalizando 20% dos casos (Thornicroft e Sartorius, 1993 *cit in* Organização Mundial de Saúde, 2001).

A OMS expõe uma análise da Carga Global de Doença 2000 (CGD, p. 38) na qual afirma que a faixa etária dos 15 aos 44 anos representa um grupo de especial importância, totalizando 8,6% de AVAI¹ perdidos. É abordado que este número demonstra o elevado nível da carga resultante da depressão, no entanto as perspectivas futuras não são muito animadoras. Se se mantiver as tendências da transição demográfica e epidemiológica, até 2020, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças tornando-se a segunda maior causa de AVAI perdidos (OMS, 2001).

¹AVAI: novo parâmetro de medida - ano de vida ajustado por incapacidade (AVAI)—para quantificar a carga das doenças.^{2,3} O AVAI mede o desnível de saúde, combinando informações sobre o impacto da morte prematura com a incapacidade e outros resultados não fatais. Pode-se considerar como um AVAI um ano perdido de vida “saudável”, e a carga das doenças como uma medida do desnível entre o status de saúde atual e uma situação ideal na qual todos chegam à velhice livres de doenças e deficiências. Encontra-se uma resenha do desenvolvimento dos AVAI e dos progressos recentes na aferição da carga de doenças (Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and direction in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82 *cit in* Organização Mundial de Saúde, 2001).

Quadro V - Principais causas de anos de vida ajustados, para incapacidade (AVAI) em todas as idades e na faixa etária dos 15-44 anos, por sexo (estimativa para 2000)

Ambos os sexos, todas as idades	% do total	Masculino, todas as idades	% do total	Feminino, todas as idades	% do total
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	
9		9		9	
10		10		10	
11		11		11	
12		12		12	
13		13		13	
14		14		14	
15		15		15	
16		16		16	
17		17		17	
18		18		18	
19		19		19	
20		20		20	
<hr/>					
Ambos os sexos, 15-44 anos	% do total	Masculino, 15-44 anos	% do total	Feminino, 15-44 anos	% do total
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	
9		9		9	
10		10		10	
11		11		11	
12		12		12	
13		13		13	
14		14		14	
15		15		15	
16		16		16	
17		17		17	
18		18		18	
19		19		19	
20		20		20	

* As afecções neuropsiquiátricas e lesões autoprovocadas estão destacadas.

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2001

Percebemos, assim, que a Psiquiatria procura reforçar a construção de uma sociedade de confiança e de respeito de modo a que se construam espaços de sociabilidade completos e acessíveis a todos. Isto é, a atenção à saúde mental favorece capacidades relacionais, quer a nível pessoal quer a nível da rede de contatos sociais, tendo em vista uma interação recíproca e baseada na confiança com o objetivo de melhorar a eficiência individual (Coleman, 1988) que está, muitas vezes, debilitada pelas consequências de uma patologia psiquiátrica.

Neste seguimento, diríamos que beneficia a coesão familiar, comunitária e social, levando os indivíduos a tornarem-se mais autónomos, independentes e confiantes

na tomada de decisões. Como bem diz Putnam (1995), estas condições melhoram o capital social, pelo grau de confiança que criam entre os vários atores sociais que assim estabelecem obrigações e expectativas mútuas e facilitam a troca de informações internas e externas.

Diz-nos a teoria e o saber de experiência feito, que perante as exigências da sociedade em que vivemos, um baixo nível de capital social impede os indivíduos de gerirem o seu tempo de forma eficaz e, principalmente incapacita-os para ultrapassar as situações de grande sofrimento por que passam. Assim sendo, ficam sem espaço para trabalhar as suas emoções, pensamentos e estados patológicos, levando-os a experienciar, diariamente, situações de sofrimento que os incapacitam para um quotidiano saudável.

Associada esta situação a um conjunto de fatores, considerados de risco, que tornam o adulto vulnerável, favorece-se o aparecimento de diversas dificuldades de adaptação à vida em sociedade, que desde logo obrigam a uma especial atenção do serviço social. Iremos, por isso, no capítulo seguinte perceber melhor o papel que os diferentes Modelos Explicativos do Impacto do Abuso Sexual desempenham no problema em estudo.

Para ultrapassar as dificuldades de adaptação à vida em sociedade é necessário um acompanhamento profissional exigente e competente, de longo prazo, de modo a atenuar as consequências provenientes destas mesmas situações. É sobre vivências traumatizantes na infância com consequências negativas na saúde mental na vida adulta que falaremos no capítulo II, de forma a subsidiar a sustentação do nosso estudo empírico que partiu da experiência vivida no estágio curricular no HDP.

CAPÍTULO II - Implicações do abuso sexual na infância sobre o quotidiano do doente psiquiátrico. O olhar do assistente social

2.1. A Saúde Mental em Portugal

Segundo a OMS a saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais. É definida como “*um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias habilidades, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade*” (OMS, 2007). Deste modo, a saúde mental exige uma gama abrangente de atividades, direta ou indiretamente relacionadas com o bem-estar mental incluídos na definição de saúde da OMS (OMS, 2011).

A psiquiatria é uma área da medicina que está em contato com a doença mental e objetiva, constantemente, a cura ou pelo menos a estabilização das alterações verificadas no sujeito através da prevenção e atendimento, mas também do diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de sofrimento mental.

Há uma grande diversidade de perturbações mentais e de alterações de comportamento. A Classificação Internacional de Doenças (Mentes Loucas, Maio de 2010)² refere 99 agrupamentos de doenças psiquiátricas, entre as quais destaca demências e perturbações por lesão cerebral; deficiências mentais e outros distúrbios de desenvolvimento; perturbações associadas ao abuso e dependência de substâncias nocivas; esquizofrenia e outras psicoses delirantes; perturbações do humor (doença bipolar e depressões); perturbações de ansiedade; distúrbios de ajustamento a fatores exteriores; transtornos de personalidade e outras alterações de conduta.

Segundo a OMS (2010), atualmente cerca de 30% da população mundial sofre de alguma doença mental, sendo que desse número, 154 milhões de indivíduos sofrem de depressão e 25 milhões de esquizofrenias. Esta organização refere ainda que, sensivelmente 40 mil mortes estão atribuídas às patologias psiquiátricas, como a

² Grupo que surgiu da criação de um projeto, no âmbito de uma unidade curricular presente no percurso escolar de estudantes de Castro Daire, Viseu, Portugal. Este grupo verificou a necessidade de “partilhar saberes e curiosidades sobre as doenças mentais” (*cit in:* <http://doencasmentaisapcd.blogspot.pt>)

depressão bipolar, esquizofrenia e stress pós-traumático (cit in <http://doencasmentaisapcd.blogspot.pt>).

O objetivo principal no tratamento destas patologias é o alívio do sofrimento e o bem-estar psíquico dos sujeitos e, para isso, é necessária uma avaliação completa do paciente, através de perspetivas biológicas, psicológicas mas também de ordem cultural. Uma patologia deste género pode ser tratada através de medicamentos ou terapêuticas diversas mas nunca sem antes proceder à avaliação psiquiátrica que envolve o exame do estado mental, onde cada função mental é considerada separadamente, sempre aliada à história clínica individual e familiar.

Em Portugal existe um guia desenvolvido pela Segurança Social em 2009 denominado de “Guia Prático – Respostas Sociais - População Adulta – Pessoas com Doenças do Foro Mental ou Psiquiátrico”, no qual se preparam a *“estabelecer um conjunto de respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social para pessoas com doenças mentais ou psiquiátricas em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social. Têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde”* (Instituto da Segurança Social, I.P., 2009).

As respostas propostas variam em função da gravidade da doença e estão direcionadas para jovens e adultos que devem ser encaminhados pelos Serviços de Saúde e da Segurança Social mas podem-se inscrever na Segurança Social da área de residência. Os indivíduos participantes têm apenas a obrigação de cumprir o Regulamento Interno das Instituições que os recebem e pagar um montante que é contabilizado em função do rendimento familiar (Instituto da Segurança Social, I.P., 2009).

Mais recentemente, no Ministério da Saúde, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental, elaborou o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, onde é abordada a questão da relevância da saúde mental em Portugal. Neste documento é referido que, ao longo das últimas décadas têm-se verificado grandes avanços no que toca ao sistema de saúde mental. Portugal foi o primeiro, em 1963, ao nível europeu a adotar uma lei nacional de acordo com os princípios da setorização que permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e o aparecimento de vários movimentos tais como a psiquiatria social e a ligação aos cuidados de saúde primários. A partir desta lei, pioneira, foram criadas muitas outras que iam de encontro às recomendações dos mais

importantes organismos internacionais na área da organização dos serviços de saúde mental.

A evolução verificada nos últimos 30 anos em Portugal na área da saúde mental quando comparada com os restantes países europeus, não se afasta muito daquilo que foi feito na Europa, quando são referidos os grupos mais vulneráveis tais como mulheres, crianças e idosos. Contudo, a nível dos índices de risco, Portugal está longe de se comparar com a restante Europa apresentando índices de risco muito elevados (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

O Plano refere que Portugal ainda tem muito para fazer no que se refere por exemplo à cobertura de serviços descentralizados por todo o território nacional, que possibilitam a acessibilidade e qualidade dos cuidados permitindo respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com os centros de saúde e agências da comunidade. Por outro lado, quando nos referimos a programas e estruturas de reabilitação psicossocial, criados nos anos 90 (ao abrigo do Programa *Horizon* da CE - Comunidade Europeia – do Despacho 407/98), e da legislação de apoio ao emprego, podem-se verificar sérias limitações no que toca à sua aplicação. No entanto, é importante referir que estes desenvolvimentos trouxeram à comunidade residências e empresas sociais para doentes mentais graves que não existiam em território nacional (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

Um outro ponto crítico, segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, diz respeito ao fato de os recursos disponibilizados para a saúde mental serem baixos, quando comparados ao impacto real que uma perturbação psiquiátrica tem na vida do indivíduo e da sua rede social mais próxima. Com base na análise elaborada pela Coordenação para a Saúde Mental e o Alto Comissariado da Saúde, a partir do modelo de gestão e financiamento dos serviços, *“tanto os recursos financeiros como os recursos humanos encontram-se distribuídos de forma assimétrica entre as várias regiões do país, entre hospitais psiquiátricos e departamentos de hospitais gerais, entre unidades de internamento e de ambulatório”* (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

Reforça-se também que a promoção da saúde mental exige uma ação multisectorial, envolvendo vários órgãos governamentais e não-governamentais ou da comunidade. Para isso é necessário aproveitar as oportunidades oferecidas pela

cooperação internacional, como por exemplo a OMS, que em tempos já deu uma importante contribuição para a elaboração, implementação e avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

A União Europeia também colaborou para a evolução do tratamento na saúde mental com a aprovação da Declaração de Helsínquia de 2005³ e do Livro Verde do mesmo ano⁴ (Resolução da Assembleia da República n.º 5/2008) que transportou importantes contributos para ajudar Portugal a integrar o movimento de modernização dos serviços de saúde mental que se encontra em curso a nível europeu.

2.2. Sobre Patologias Psiquiátricas

As doenças mentais ou psíquicas provocam comportamentos disfuncionais, por vezes mais dolorosos para o próprio do que para os outros.

São muitas as patologias psiquiátricas que se conhecem, se distinguem e a que se aplicam tratamentos, sendo que todas as patologias atuam como um demolidor de identidades, relações e estados sociais.

Também são muitas as causas que lhes são atribuídas, seja qual for a doença psiquiátrica diagnosticada, tais como alterações biológicas no cérebro mas também fatores genéticos que podem contribuir para a manifestação de perturbações mentais, bem como determinantes psicológicos, tóxicos, físicos e sociais.

Por outro lado, os sintomas também podem ser transversais para qualquer patologia sofrida, como por exemplo (<http://doencasmentaisapcd.blogspot.pt/>, 2010):

- Marcada alteração da personalidade;
- Perda de capacidade em lidar com problemas e atividades do dia-a-dia;
- Experiências fora do comum, correspondentes ao que o senso comum identifica como "loucura";

³ Que produziu uma Declaração Final «Enfrentar os desafios, construir as soluções», subscrita pelo Governo Português *cit in* Resolução da Assembleia da República n.º 5/2008.

⁴ «Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia». Recomendação europeia aos países, para uma atenção muito particular aos problemas de saúde mental, acentuando a necessidade de se promoverem alterações substantivas nos modelos de intervenção neste domínio Resolução da Assembleia da República n.º 5/2008.

- Ansiedade excessiva;
- Estados profundos de tristeza ou apatia;
- Alteração evidente nos hábitos (alimentação, fadiga, sono, desejo sexual);
- Oscilações acentuadas de humor;
- Demasiada irritabilidade e hostilidade;
- Consumo abusivo (e dependência) de álcool, tabaco ou tóxicos.

As patologias psiquiátricas podem ser consideradas em vários grupos e subgrupos consoante as características comportamentais, psíquicas e emocionais de cada sujeito. Podem ser perturbações bipolares ou doenças maníaco-depressivas conhecidas pelos diferentes estados de humor que alternam entre a euforia e a depressão, intervalando com períodos normais e de relativa estabilidade. A esquizofrenia, por exemplo, é um transtorno psíquico severo que se caracteriza por alterações do pensamento, alucinações (sobretudo auditivas), delírios e perda de contato com a realidade. Podem também ser do foro depressivo que afeta o humor ou perturbações ansiosas que podem manifestar-se como fobias, perturbações de pânico, perturbações obsessivo-compulsiva e alimentar tal como a anorexia e a bulimia.

Segundo a OMS (<http://doencasmentaisapcd.blogspot.pt/>, 2010) cerca de 30% da população mundial sofre de alguma doença mental. Sensivelmente, 40 mil mortes / ano (<http://disturbios-mentais-esec.blogspot.pt/2010/01/dados-e-nocoas-referentes-disturbios.html>) são atribuídas às patologias psiquiátricas, como a depressão bipolar, a esquizofrenia e o *stress* pós-traumático.

2.2.1. Impacto no quotidiano dos indivíduos

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a maior causa de incapacidade e também a principal causa de morbilidade na sociedade atual. O peso destas patologias foi subestimado no passado, devido ao fato de as abordagens tradicionais considerarem somente os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

Na maior parte das vezes, quando um especialista verifica um conjunto destes sintomas num mesmo sujeito, a solução apresentada para atenuar estes comportamentos é o tratamento farmacológico que, segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (*cit in idem*, 2010), alivia os sintomas agudos da esquizofrenia ou da doença bipolar em 90% dos casos. Para se chegar a uma medicação adequada são necessários pelo menos dois anos, na maioria dos casos, e este é o tratamento mais indicado pelos psiquiatras, pois, segundo os vários estudos feitos após algum tempo depois do início da toma dos medicamentos, a maior parte dos doentes estão em condições de retomar a vida com qualidade (<http://doencasmentaisapcd.blogspot.pt/>, 2010).

No entanto, segundo Marques Teixeira, presidente do Colégio de Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos (*cit in idem*, 2010), os tratamentos são imediatamente interrompidos pelos utentes logo após terem notado uma melhoria no seu estado de saúde, sem autorização do médico. Segundo este especialista a medicação descontinuada ou ineficaz pode levar ao reaparecimento de sintomas (insónia, irritabilidade, depressão, entre outros) conduzindo ao risco de recaída com um maior e mais forte impacto negativo no equilíbrio dos doentes, na autonomia e no dia-a-dia das famílias (*idem*, 2010)

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 refere ainda que das dez principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas sendo que se verifica, não poucas vezes, indivíduos que podem ser considerados “subliminares”, isto é, segundo o Plano, estes indivíduos não preenchem os critérios de diagnóstico para uma determinada perturbação psiquiátrica no entanto encontram-se em sofrimento, necessitando também de intervenção adequada.

Por outro lado, a escassa participação dos próprios utentes e seus familiares, a pouca produção científica no setor da psiquiatria e saúde mental como também a inexistência de respostas para os grupos vulneráveis e a quase total ausência de programas de promoção/prevenção que foi já referido anteriormente, colocam em causa a superação de dificuldades encontradas no tratamento da doença psiquiátrica aos vários níveis.

Estas atitudes de aceitação / não-aceitação dos tratamentos, aliados a fatores como o estigma (que aludiremos de seguida), ou outros já abordados que destabilizam o doente e marcando o seu quotidiano por vivências de recusa e incapacidade à

sociabilidade e à coesão social.

2.2.2. Estigma Social

Apesar da informação cada vez mais desenvolvida e acessível a toda a população, a doença psiquiátrica é vista com algo turvo e assombroso. Estas e as pessoas que são afetadas pelas mesmas são alvo de estigmatização e preconceito contribuindo para o isolamento do indivíduo que evita e atrasa o contato com os serviços de psiquiatria e saúde mental e tem uma séria repercussão na qualidade das relações humanas (<http://doencasmentaisapcd.blogspot.pt/>, 2010).

Para muitos, a doença psiquiátrica é associada à deficiência mental que leva a sociedade a encarar o doente mental como um ser incapaz de pensar e ao qual é associado um fator de perigosidade.

Por outro lado, o estigma e preconceito verificado nestas situações levam a uma marginalização das pessoas, dificultando a reinserção destas na sociedade provocando a perda do poder económico à destruição das rotinas sociais.

A reinserção na comunidade é vista pela APA como algo possível de se realizar quando é combinado o tratamento apropriado com estruturas terapêuticas de apoio e alojamento. Refere mesmo que, quando cumpridos estes critérios, oito em cada dez pessoas com doença mental podem ter vidas ditas normais e produtivas (*cit in idem*, 2010).

Para isso, é necessário dotar os indivíduos em causa de novas capacidades e competências através de terapias de reabilitação, formações profissionais e inserção no mercado de trabalho como o emprego protegido. As competências sociais e emocionais são outras a serem trabalhadas com o intuito de devolver ao doente sentimentos de, por exemplo, confiança, controlo e autoestima e atenuar outros como os de culpa ou vergonha.

Quando estas competências não são trabalhadas de forma adequada, a única solução visualizada pelo doente é o suicídio pois idealiza no ato o trémio de todos os seus problemas assim como do sofrimento que, a seu ver, é provocado pelo próprio àqueles que lhe são mais próximos. Segundo a OMS, todos os anos cerca de 800 mil pessoas cometem o suicídio, sendo que a maior parte destes indivíduos encontram na

idade entre os 14 e os 44 anos. É de grande importância referir que as perturbações mentais são, de longe, a causa mais frequente de suicídio (*cit in idem*, 2010).

A doença mental deve ser entendida com a mesma naturalidade com que se encara qualquer outra patologia, sem conotações nem estigmas, uma vez que são muito ténues as fronteiras entre patologias e todas, com maior ou menor intensidade, afetam o quotidiano.

2.3. O Abuso Sexual na origem de Perturbações Psiquiátricas

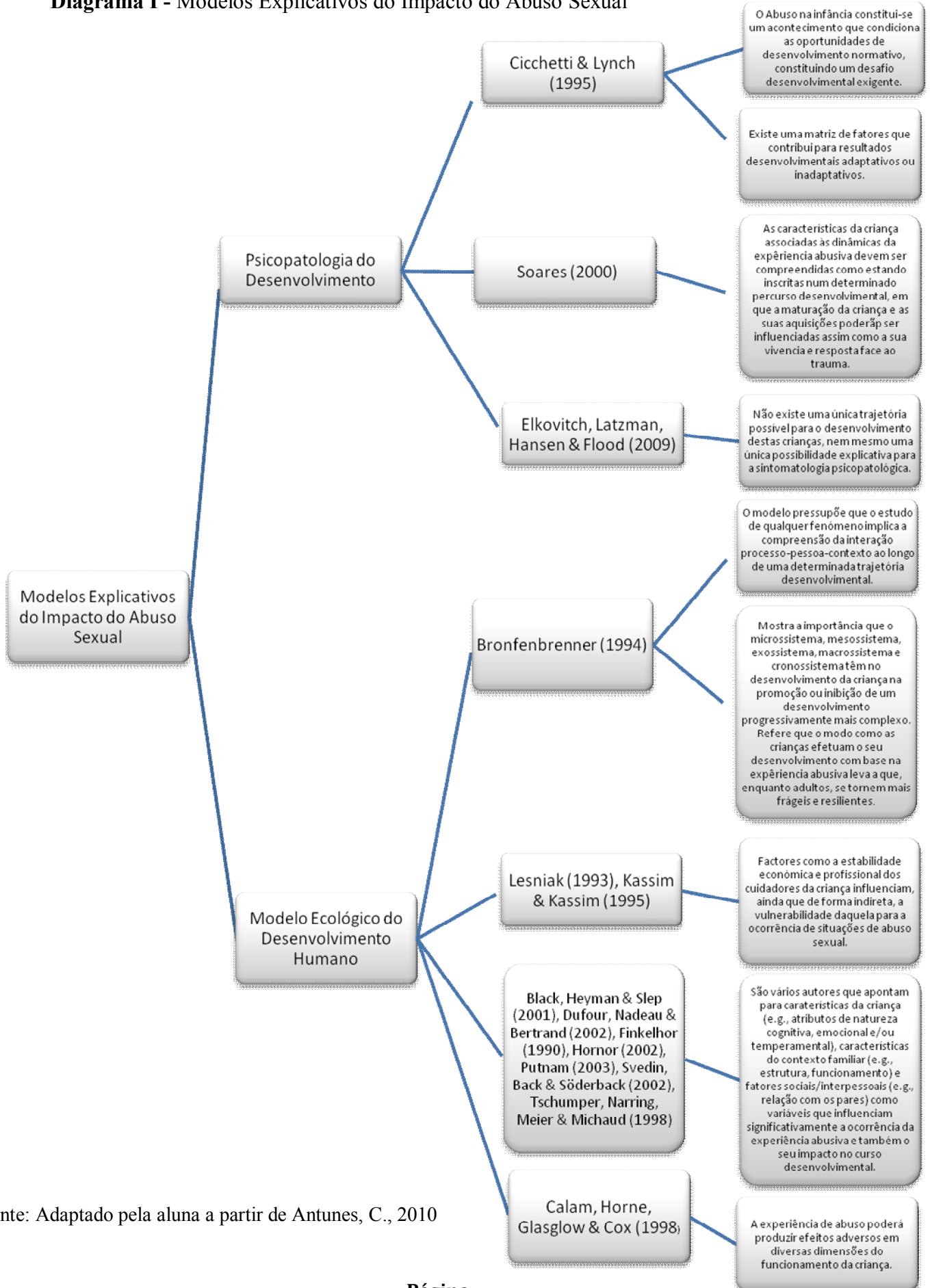
Ao longo dos anos, a literatura tem provado que o abuso sexual tem sido constituído como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações ao nível do funcionamento psicológico na infância e/ou adolescência mas também na idade adulta. Não existe uma patologia específica da vítima de abuso sexual no entanto, estas vítimas demonstram uma maior predisposição para virem a sofrer de distúrbios psiquiátricos quando comparadas com os seus pares (Antunes, C., 2010).

Os vários trabalhos existentes nesta área sugerem que estas pessoas evidenciam mais problemas de internalização, tais como ansiedade, depressão e ideação suicida, de externalização, como por exemplo o comportamento agressivo e/ou abuso de substâncias, assim como apresentam maiores dificuldades ao nível sexual (Browne & Finkelhor, 1986; Fergusson & Mullen, 1999; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Wolfe & Birt, 1997 *cit in* Antunes, C., 2010).

Já quando nos referimos à idade adulta são vários os estudos que associam experiências sexualmente abusivas com os problemas de ajustamento e sintomas psicopatológicos nomeadamente dificuldades sexuais e interpessoais, depressão, ansiedade ou comportamentos autodestrutivos (Antunes, C., 2010).

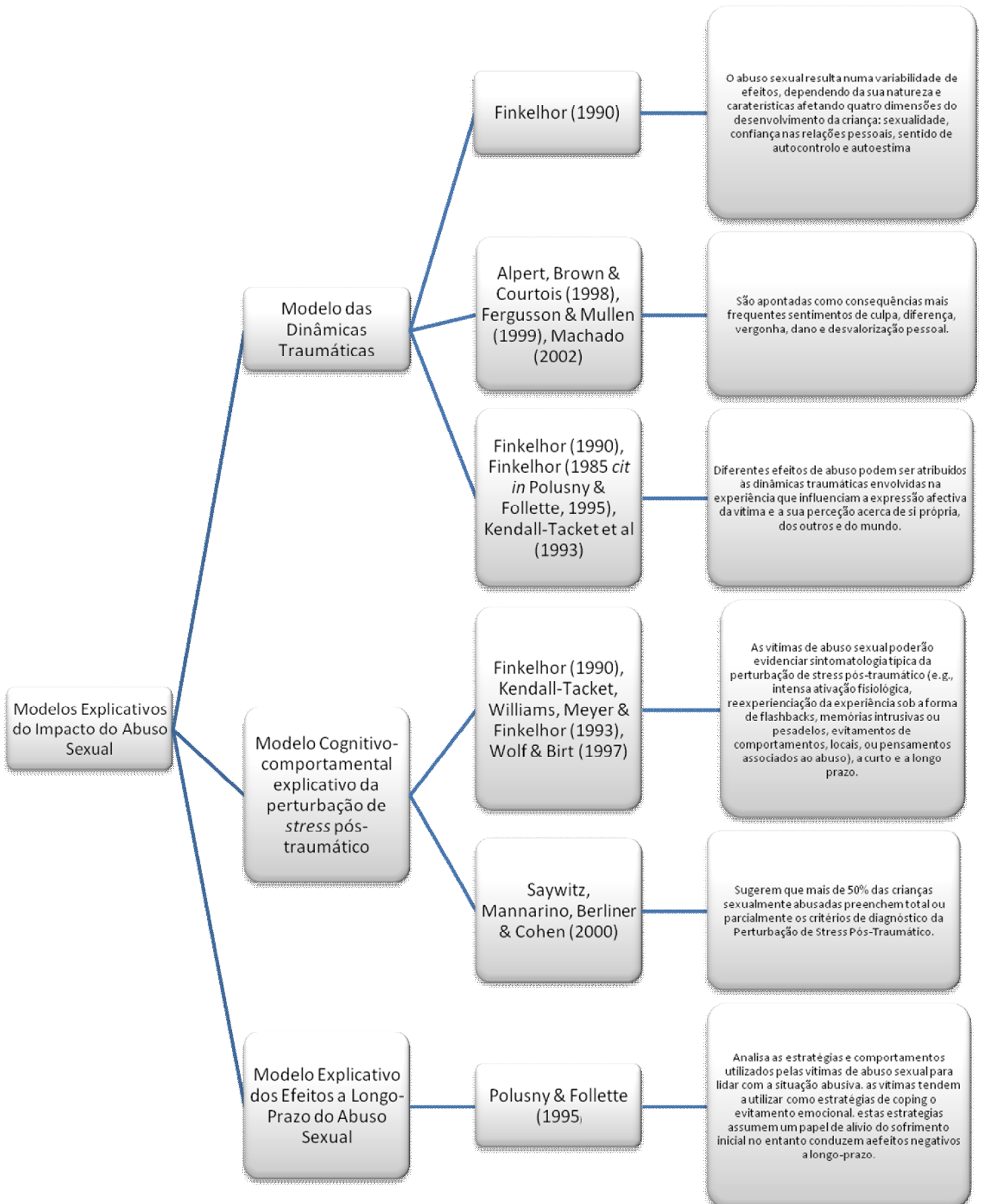
Deste modo, entendeu-se como importante dar visibilidade, através do diagrama I aos modelos explicativos do impacto do abuso sexual, que retiramos da revisão da literatura, explorando os diferentes resultados da investigação no que se refere ao impacto do abuso sexual na infância, adolescência e na idade adulta

Diagrama I - Modelos Explicativos do Impacto do Abuso Sexual



Fonte: Adaptado pela aluna a partir de Antunes, C., 2010

Diagrama I - Modelos Explicativos do Impacto do Abuso Sexual (cont.)



Fonte: Adaptado, pela aluna, a partir de Antunes, C., 2010

Os modelos, esquematizados nos diagramas ajudaram-nos à análise dos dados e à sequente discussão dos resultados, que trabalhamos na parte empírica.

2.3.1. Fatores Moderadores do Impacto

Com base nos modelos explicativos que vimos referidos no diagrama I do ponto 2.3, os investigadores sugerem a existência de um conjunto de fatores que moderam o tipo e a intensidade dos sintomas experienciados pelas vítimas. São referidas características do próprio abuso como por exemplo a data da consumação (precoce ou tardio), duração, frequência, uso da força ou ameaça, entre outras (Alpert, Brown & Courtois, 1998; Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett, Williams, Meyer & Finkelhor, 1993; Wolfe & Birt, 1997; Steel, Sanna, Hammond, Whipple & Cross, 2004 *cit in* Antunes, 2010). Assim sendo, o que é demonstrado pelos estudos é que a severidade do abuso é o melhor preditor da sintomatologia do distúrbio de *stress* pós-traumático no período pós-revelação e durante os meses que se seguem, enquanto os sintomas depressivos são mais frequentes nos casos de abuso continuado e perpetuado por alguém próximo da vítima (Wolfe, 1990 *cit in* Antunes, 2010).

Mais recentemente, autores como Heflin & Deblinger (1996) e Drauker (2000) (*cit in* Antunes, 2010) referem que as características da criança influenciam o impacto do abuso, nomeadamente as capacidades cognitivas, o estilo atribucional e o seu *locus* de controlo. Afirmam também que os maiores níveis de sintomatologia estão associados à atribuição interna e estável da culpa, a uma baixa autoestima, à baixa credibilidade percebida e à estigmatização dos pares da criança.

De um modo geral, os estudos realizados neste âmbito sugerem que 60 a 80% das vítimas apresentam algum tipo de sequela a curto prazo resultante do abuso (Antunes, 2010). Através do diagrama I percebem-se quais os impactos mais frequentes numa criança / adolescente no entanto, é de grande importância para este trabalho percebermos o que se passa quando nos reportamos à idade adulta.

Nos últimos vinte anos, proliferaram os estudos sobre o impacto do abuso sexual infantil na idade adulta onde, inicialmente, os investigadores se centraram na associação entre as experiências sexualmente abusivas na infância/ adolescência e a psicopatologia.

Mais recentemente assiste-se a um maior investimento científico na compreensão do impacto do abuso no domínio psicossocial, mais concretamente na esfera interpessoal, na sexualidade, nas relações íntimas e na parentalidade (Antunes, 2010).

Antunes (2010) registou no seu trabalho a existência de cerca de cinquenta e seis estudos que investigaram o impacto do abuso sexual infantil na idade adulta, provenientes na sua maioria do continente norte-americano (quando se referem a estudos junto de amostras na comunidade) e do europeu (quando são abordados estudos de amostras de estudantes do ensino superior). Nestes estudos é referido que há uma associação entre a história de abuso sexual na infância / adolescência e o nível geral de psicopatologia, sendo que confirmam esta associação relatando que as experiências precoces sexualmente abusivas se relacionavam com níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, perturbações psiquiátricas ou problemas de saúde mental, situações que tendencialmente incapacitam para um estar em sociedade saudável e, por isso mesmo, incapacidade para manter uma situação profissional estável.

Antunes, C. (2010) refere ainda que a depressão emerge como uma consequência emocional associada a esta experiência de vitimação. Também os comportamentos autodestrutivos estão associados ao abuso sexual na infância / adolescência. A ideação, os comportamentos e planos suicidas, sobressaíram como uma faceta do impacto do abuso a longo-prazo. É ainda focado que as diferenças de género ao nível da psicopatologia, sugerindo maior vulnerabilidade nas vítimas femininas para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (MacMillan *et al*, 2001 *cit in* Antunes, 2010), assim como desordens de humor, ansiedade e distúrbios de *stress* pós traumáticos (Robin *et al*, 1997 *cit in* Antunes, 2010), enquanto os homens evidenciam perturbações de personalidade antissocial e de abuso de substâncias (MacMillan *et al*, 2001; Robin *et al*, 1997 *cit in* Antunes, 2010).

2.3.2. O Olhar do Assistente Social

Podemos dizer que as experiências sexualmente abusivas na infância se revelam em vulnerabilidades que incapacitam as vítimas, já na idade adulta, para uma vida em sociedade saudável, isto é, integradora, segura e coesa. O abuso sexual na infância está, assim, na origem de um processo de tensões a que a vítima é sujeita, entre si própria e o

seu meio social, económico, geográfico, cultural e profissional.

Em jeito de reflexão, enumeramos domínios de análise associados à patologia mental e, paralelamente, à dificuldade de um estabelecimento de vida em sociedade: 1) comportamentos autodestrutivos; 2) ideação suicida; 3) vulnerabilidades (desordens de humor, ansiedade e distúrbios de *stress* pós traumáticos); 4) incapacidade para manter uma vida profissional estável.

Os quatro itens analíticos irão orientar a discussão de resultados. Tendo em conta que é do olhar do assistente social que se trata, no fenómeno em estudo, direccionado para casos em que existiu uma associação entre as experiências sexualmente abusivas na infância / adolescência e os comportamentos psicopatológicos em adulto, a preocupação foi enfatizar o seu carácter tendencialmente incapacitante para uma convivência social saudável.

Para além de ser um fenómeno visivelmente preocupante pelas consequências para o indivíduo e para o seu desenvolvimento social e cultural acresce é um problema social complexo, tanto nas suas causas como na maneira como ganha forma.

CAPÍTULO III - Reflexões sobre a população que procura o HDP

3.1. Percurso Metodológico: opções e sua justificação

O processo de recolha de dados para a amostra foi efetuado através do levantamento de dados processuais dos doentes que se encontravam em tratamento no Hospital de Dia de Psiquiatria.

O levantamento desta amostra assentou em determinados itens, visando, essencialmente, atingir a representatividade do fenómeno da doença mental no HDP, para ampliar o conhecimento sobre o mesmo, através da exploração da experiência idiossincrática dos intervenientes.

De forma a garantir o rigor e a objetividade metodológica na prossecução destes estudos, foram definidos um conjunto de variáveis para a composição da amostra:

- a) Idade
- b) Sexo
- c) Área de Residência
- d) Estado Civil
- e) Número de Filhos
- f) Habilitações Literárias
- g) Situação Profissional
- h) Agregado Familiar
- i) Apoios Sociais
- j) Patologia Psiquiátrica
- k) Tipo de Tratamento recebido no HDP
- l) Abuso Sexual assumido
- m) Presença de Ideação Suicida

A amostra a ser estudada foi obtida num hospital psiquiátrico, o que facilitou o acesso a informações desta natureza, fruto também do trabalho de toda a equipa

presente no HDP.

Efetivamente poderiam ter sido feitas entrevistas ou mesmo inquéritos aos utentes a receber tratamento. No entanto, devido a fatores que o comportamento ético exige e ao tempo que o seu cumprimento exige, a morosidade processual teria implicações sobre o prazo que a entrega do presente projeto de graduação exige. Esta dificuldade não nos impediu de prosseguir caminho, propondo-nos a uma reflexão sobre os dados recolhidos, que nos abrisse portas a continuar, do que daremos conta na conclusão.

Para cumprirmos o exercício empírico definimos como principal propósito a obtenção de informação existente sobre os utentes do HDP. Deste modo, verificou-se a necessidade de pesquisar todos os processos clínicos de modo a perceber todos os fatores intervenientes no comportamento e suas consequências.

3.1.1. Objeto e objetivos do estudo

Entre Setembro de 2011 e Julho de 2012 (período de tempo de estágio) atenderam-se situações caracterizadas pela heterogeneidade, pelo que se procedeu a encaminhamentos e intervenções aos mais diversos níveis. Todo este trabalho teve sempre como objetivo encontrar um ponto de “equilíbrio” nas pessoas, assim como na sua rede familiar e social mais próxima, de modo a criar uma malha de apoio que ajudasse ao bem-estar de cada doente psiquiátrico.

Definimos também como propósito importante observar a intervenção feita pelo serviço social nesta área e, sobretudo, qualificar a nossa capacidade para essa observação, de forma a conseguir levantar o “véu” sobre estas situações, assim como aprender a refletir sobre a intervenção feita, concretamente, na psiquiatria.

Relativamente às motivações sociais que nos desafiaram a desenvolver este trabalho, prendem-se com alguma insatisfação sentida pela instabilidade das respostas sociais para este tipo de problemas, já que é sempre fundamental descobrir novos caminhos e perspetivas de intervenção nesta área tão específica e tão marcada pelo olhar clínico. Além disso, a relação direta que se teve no âmbito do estágio com estas situações sensibilizou-nos para a procura de respostas sociais uma vez que estas são

sempre muito escassas.

Após uma observação criteriosa de todas as situações encontradas, verificou-se a necessidade de compreender de que modo as pessoas reagiam e geriam psicológica e, principalmente, socialmente o facto de terem sido abusadas sexualmente. A este fator acrescentou-se a questão da existência de doença psiquiátrica o que dificulta a intervenção. Assim sendo, e tal como se verifica no título deste trabalho, o objeto concreto diz respeito à compreensão das consequências e alterações do quotidiano de um doente psiquiátrico que tenha sofrido abuso sexual na infância. Sendo um tema ainda muito escasso ao nível da literatura e muito ligado à psiquiatria tornou-se importante para o Serviço Social uma vez que é uma área onde o exercício profissional é marcado por muita complexidade, devido às múltiplas especificidades que apresenta. Por outro lado, a escolha deste tema foi de encontro à necessidade de perceber os domínios em que uma patologia psiquiátrica fragiliza no que se refere à ligação à vida em comunidade.

Neste estudo pretendeu-se também analisar o impacto e as vivências associadas à experiência abusiva na infância, assim como identificar os recursos para a mudança presentes na vida adulta de uma vítima. Mais especificamente, pretendeu-se compreender como é que os indivíduos portadores de doença psiquiátrica lidam com o facto de terem sido abusados sexualmente na sua infância mas também de que forma elaboram a forma de se expressarem sobre esta experiência problemática e a criação de recursos para ultrapassar obstáculos sociais, objetivando a construção da mudança numa direção mais adaptativa. Procuraremos na discussão de resultados trazer contributos para reflexões mais aprofundadas sobre esta matéria.

Com base nos objetivos apresentados anteriormente, a amostra deste estudo é constituída por 44 indivíduos (trinta e quatro do sexo feminino e dez de sexo masculino), com idades compreendidas entre vinte e os cinquenta e cinco anos. Todos estes elementos eram utentes do HDP.

A análise dos indicadores sociodemográficos da amostra em estudo leva-nos a perceber que apesar de a maioria de encontrar casada (56,8%), as dificuldades verificadas relativamente às capacidades de interação, socialização e diálogo são bastantes, muitas vezes confirmadas pelos próprios. Normalmente, estas relações matrimoniais não são saudáveis, existindo muitas vezes agressões a vários níveis, o que

leva a comportamentos autodestrutivos (e.g. automutilações), vulnerabilidades (e.g. desordens de humor e ansiedade) e à presença de ideação suicida. Na sua maioria têm em média dois filhos.

Todos estes fatores provocam uma falta de autoconfiança e autoestima que os “obriga” a isolarem-se em casa, incapacitando-as de manter uma vida profissional estável.

3.1.2. Procedimentos

Para a recolha dos dados sociodemográficos da amostra, foi elaborado um quadro no qual se encontravam inscritos os indicadores sociais acerca dos utentes em tratamento no HDP. Neste quadro, estavam presentes as características destas pessoas, nomeadamente a idade, sexo, área de residência, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, situação profissional, agregado familiar, presença de apoios sociais, patologia, tipo de tratamento, duração do tratamento, existência de situação (ões) de abuso sexual, o tipo de medicação que faz, o historial de internamentos em psiquiatria e, finalmente, a presença de ideação suicida (cf. Anexo I).

A recolha deste tipo de variáveis prendeu-se com as dimensões analíticas que o enquadramento teórico nos sugeriu.

3.1.3. Consulta dos Processos

Este processo foi possível ser levado a cabo, uma vez que a equipa técnica deste serviço faz em todas as situações uma entrevista de admissão aos doentes propostos pelos médicos da consulta externa para receberem tratamento psiquiátrico naquele hospital de dia, entrevista que é registada. Neste sentido, estas entrevistas de acolhimento, assim como, todos os processos clínicos foram alvo de análise por parte da aluna de forma a obter a informação necessária para preencher os campos do quadro acima referido. Foi também possível, ao nível dos atendimentos, retirar algumas informações pertinentes acerca da perceção destes indivíduos relativamente à sua

doença psiquiátrica, assim como os obstáculos encontrados nos contextos familiares e sociais devido à nova condição.

Seguidamente, após todo o processo de consulta de processos e efetuado o levantamento de dados sociodemográficos, foram cruzadas as fragilidades que uma patologia cria com as fragilidades que uma vítima de abuso sexual desenvolve, no sentido de criar um espaço de intervenção capaz de se adaptar a cada situação.

Tratou-se a informação recolhida através de um exercício de estatística descritiva (apoiados pelo SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*), subsidiada pela análise compreensiva de informadores chave (médicos e assistentes sociais), que a todo o momento se disponibilizavam a ajudar a uma melhor compreensão da matéria. Foram também fundamentais as referências de autores e de organizações que na área estudam e definem grandes orientações e que nos subsidiaram o enquadramento teórico.

3.1.4. Principais resultados

Após o exercício de estatística descritiva desenvolvido pela aluna com a base nos dados da amostra, e de uma análise profunda e atenta da mesma, concluiu-se que grande parte dos elementos da amostra é do sexo feminino e encontram-se na faixa etária entre os 31 e os 40 anos. Dos 44 elementos da amostra, 25 são casados, representando 56,8%, e vivem no concelho de Santa Maria da Feira (61,4%) sendo que 36,4% possuem dois filhos (cf. quadro VI).

Quadro VI – Identificação da Amostra

Amostra: 44 elementos		Frequência	%
SEXO	Feminino	34	77,3
	Masculino	10	22,7
GRUPO ETÁRIO	20-30	10	22,7
	31-40	13	29,5
	41-50	14	31,8
	>51	7	15,9
CONCELHO	Santa Maria da Feira	27	61,4
	Arouca	4	9,1
	São João da Madeira	7	15,9
	Oliveira de Azeméis	4	9,1
	Vale de Cambra	2	4,5
ESTADO CIVIL	Divorciado/a	8	18,2
	Casado/a	25	56,8
	Viúvo/a	1	2,3
	Solteiro/a	10	22,7
N.º FILHOS	0	10	22,7
	1	14	31,8
	2	16	36,4
	3	3	6,8
	4	1	2,3

Fonte: dados recolhidos pela aluna

Através da análise verificou-se que 34,1% dos indivíduos encontram-se desempregados e 31,8% a usufruir de baixa médica, levando-nos a concluir que a dificuldade de integração social e laboral é elevada. Estes utentes têm, na sua maioria, o primeiro ciclo (22,7%) e apenas 3 elementos têm formação superior (6,8%) o que nos leva a considerar que este fator não é relevante para a análise, porque não é diferenciador na atenuação dos obstáculos encontrados por estas pessoas na procura de emprego (cf. quadros VII e VIII).

Quadro VII - Escolaridade e situação perante a profissão

Amostra: 44 elementos		Frequência	%
NÍVEIS DE ESCOLARIDADE	1º ciclo	10	22,7
	2º ciclo	7	15,9
	3º ciclo	6	13,6
	Ensino secundário	8	18,2
	Ensino superior	3	6,8
	Sem resposta	10	22,7
	Total	44	100,0
SITUAÇÃO PERANTE A PROFISSÃO	Empregado	8	18,2
	Desempregado	15	34,1
	Baixa médica	14	31,8
	Reformado	5	11,4
	Sem resposta	2	4,5
	Total	44	100,0

Fonte: Dados recolhidos pela aluna

Os dados parecem sugerir que a falta de independência económica leva a que estes indivíduos sejam incapazes de se tornarem independentes socialmente, causando sérios problemas de interação, dinamismo e participação social e familiar. Desta forma, o isolamento social acontece rapidamente acentuando as dificuldades com que se deparam no seio familiar. Apesar de 84,1% da população possuir agregado familiar (cf. quadro VIII), os discursos que estes indivíduos apresentavam durante o percurso de tratamento iam de encontro às dificuldades de compreensão dos seus familiares, relativamente à condição de doentes psiquiátricos que apresentavam e também à impossibilidade de participarem na gestão financeira do agregado.

Quadro VIII - Agregado Familiar

	Frequência	%
Sim	37	84,1
Não	7	15,9
Total	44	100,0

Fonte: Dados recolhidos pela aluna

É de grande importância referir que as patologias verificadas na amostra provocam uma mudança acentuada no cotidiano de qualquer pessoa e, por este motivo, exigem um tratamento específico e adequado para cada situação mas também para cada pessoa. Na população estudada foram observadas seis tipos de patologias psiquiátricas, sendo que a maioria (N=21, 47,7%) sofrem de depressão major, doze de perturbação de personalidade (27,3%) e apenas um de psicose (cf. quadro IX).

Quadro IX – Patologia Psiquiátrica

	Frequência	%
Perturbação bipolar	2	4,5
Esquizofrenia	4	9,1
Perturbação personalidade	12	27,3
Perturb. depressiva major	21	47,7
Perturbação adaptação	3	6,8
Psicose	1	2,3
Sem resposta	1	2,3
Total	44	100,7

Fonte: Dados recolhidos pela aluna

As perturbações sejam elas da personalidade, depressiva major ou bipolar acarretam uma série de alterações comportamentais que interferem diretamente com a capacidade de trabalhar, estudar, dormir ou mesmo comer. Há uma perda de interesse nas atividades culturais e sociais, perda de interesse e dificuldades na concentração e memória (Macedo e Macedo, 2006 *cit in* <http://animaconsultorio.site.med.br/>). Todos

estes fatores juntos numa mesma pessoa levam a um isolamento e retraimento social, fala e comportamentos estranhos e desorganizados que, quando observados pela sociedade, são avaliados com base em juízos de valor (*cit in idem*, 2006).

Dos quarenta e quatro elementos da amostra, treze foram vítimas de abuso sexual na infância, representando 29,5%, sendo a totalidade do sexo feminino. Seis mulheres sofrem de uma perturbação da personalidade e as restantes sete de uma perturbação depressiva major (cf. quadro X e XI).

Quadro X - Vítima de abuso sexual por sexo

Sexo	Abuso sexual		Total
	Sim	Não	
Feminino	13	21	34
Masculino	0	10	10
Total	13	31	44

Fonte: Dados recolhidos pela aluna

Quadro XI - Patologia Psiquiátrica das vítimas de abuso sexual

Patologia psiquiátrica	Frequência	Total
Perturbação personalidade	6	6
Perturb. depressiva major	7	7
Total	13	13

Fonte: Dados recolhidos pela aluna

Todos estes fatores somados numa mesma pessoa criam sentimentos de culpa e vergonha que quando não controlados podem atingir patamares que levam estes indivíduos desejarem abandonar tudo e todos e, deste modo, tentarem o suicídio. Na amostra estudada a diferença de percentagem entre os que possuem ideação suicida é quase nula quando comparada com os que não possuem (cf. quadro XII).

Quadro XII – Ideação Suicida

	Frequência	%
Sim	21	47,7
Não	23	52,3
Total	44	100,0

Fonte: Dados recolhidos pela aluna

Estes dados parecem sugerir que, quando o tratamento destas patologias não está a surtir resultados, a probabilidade de aumentar a morbilidade é elevada. Assim sendo, o tratamento deverá ser administrado logo após o diagnóstico e terá de ser prolongado até à data em que se não se verificarem pensamentos deste género.

Quadro XIII – Tipo de Tratamento

	Frequência	%
Perfusão	23	52,3
Grupo terapêutico	5	11,4
Perfusão/grupo terap.	10	22,7
Reabilitação	5	11,4
Consulta externa	1	2,3
Total	44	100,0

Fonte: Dados recolhidos pela aluna

No local onde se proporcionou o estágio os tratamentos administrados eram de dois tipos sendo eles organizados em dois grupos principais. O grupo de perfusão, onde eram ministrados medicamentos de modo a controlar os comportamentos provocados pela patologia, e o grupo terapêutico no qual o objetivo ia de encontro com a preparação social e psicológica dos indivíduos na nova etapa de vida: entrada (novamente) na sociedade (cf. quadro XIII).

CAPÍTULO IV - Discussão de resultados

“ (...) não se pode deixar de ter em conta que cada indivíduo constitui uma personalidade única, com uma genealogia própria pessoal ímpar, projetos de vida peculiares, interesses, hábitos, gostos muito particulares, etc. Tudo isso, enfim, condiciona e explica, em parte os comportamentos diferenciados de cada um, traduzindo modalidades diferenciadas de adaptação (...).”

(Amado, 2001, p.281)

Não foi por acaso a transcrição que serviu de mote à discussão de resultados. Amado (2001) refere-se a fatores individuais que, decorrem de vivências traumatizantes, na história de vida das crianças e que são fortemente determinantes do seu desinteresse escolar. Entendemos haver analogia com o problema em estudo, pelo facto de o autor se referir a vivências negativas na infância que se refletem no ambiente escolar, um espaço onde se trabalha a comunicação e a sociabilidade. Assim, um indivíduo com um autoconceito negativo apresenta um conjunto de referências de si mesmo claramente negativas, ou seja, avalia-se a si mesmo (autoestima) de uma forma negativa. É nesse sentido que os assistentes sociais sublinham a importância de intervirem ao nível da promoção do autoconceito quando se confrontam com situações de vítimas de abuso sexual com patologias do foro psiquiátrico.

Os resultados descritos no capítulo III parecem ir de encontro à literatura que enquadróu o presente projeto de graduação, ajudando-nos agora ao debate que a que nos propusemos em torno das quatro dimensões de análise.

Reiterando o acima referido: experiências sexualmente abusivas na infância que se revelam em vulnerabilidades que incapacitam as vítimas, já na idade adulta, para uma vida em sociedade saudável. Os seus reflexos traduzem-se em comportamentos autodestrutivos, ideação suicida, vulnerabilidades (desordens de humor, ansiedade e distúrbios de *stress* pós traumáticos) e incapacidade para manter uma vida profissional estável, elementos que nos ajudaram à discussão reflexiva.

4.1. Comportamentos autodestrutivos

Os comportamentos autodestrutivos podem ser definidos por atitudes que objetivam a aplicação de sofrimento no próprio através de atos intencionais violentos que infligem dano.

Os dados expressos na nossa amostra com algum significado, como perturbações de personalidade, ou perturbações de adaptação, revelam-se muitas vezes em condutas violentas, ainda que, diz-nos Fensterseifer & Werlang (2006), o sujeito esteja na busca de uma proteção frente ao medo do indeterminado. Acede, por isso, a atitudes autodestrutivas (como o suicídio) como formas de deter o fluxo de desprazer, de sofrimento e de desconforto.

Paralelamente estão associadas ao envolvimento em comportamentos de risco para a saúde assim como repercussões na saúde mental dos indivíduos, podendo vir a surgir sintomas depressivos ou depressão (Baptista, Baptista, & Dias, 2001 *cit in* Mendonça & Maia, 2011). Representam um grupo mais vulnerável para envolvimento em comportamentos de automutilação e suicídio (Baptista, Baptista, & Dias, 2001; Evans, Hawton & Rodham, 2004; Laye Gindhu & Schornert-Reichl, 2005 *cit in* idem, 2011).

4.2. Ideação suicida

Reforçando o acima referido, apoiamo-nos em Durkheim (1987 *cit in* Saraiva, 1999) que considera que o fenómeno suicida é explicado a partir de normas sociais. Deste modo, um processo em espiral perante crises na família, nas transições do ciclo de vida, juntamente com situações simbióticas que não toleram a autonomia ou problemas em lidar com conflitos pode levar a um comportamento suicidário, como forma de linguagem comunicacional (Watzlawick *et al.*, 1967 *cit in* idem, 1999).

Esta linha de pensamento vem confirmar o que já foi referido em capítulos anteriores. Um indivíduo que durante o seu desenvolvimento normal tenha sido confrontado com uma experiência agressiva e de desrespeito pela sua dignidade e que, aliado a isso desenvolva uma patologia psiquiátrica, apresenta maior dificuldade em

lidar com situações adversas comuns na vida social o que, conseqüentemente, provoca sentimentos de desistência, amargura e vergonha. Todos estes fatores associados despoletam nestas pessoas a vontade de se suicidar, visualizando a morte como a resolução de todos os seus problemas.

Um dos primeiros trabalhos no âmbito da Suicidologia teve como base os fatores de risco que poderão predispor o indivíduo a este tipo de atitudes. Tuckman & Youngman (1968 *cit in* idem, 1999) referem os fatores que poderão levar ao suicídio, sendo eles, entre outros, indivíduos com 45 anos ou mais, desempregado e doença psiquiátrica. Se compararmos estes fatores com os resultados apresentados no ponto 3.1.4. podemos verificar que a amostra em estudo apresenta as características que estes autores definem como fatores de risco.

4.3. Vulnerabilidades (desordens de humor, ansiedade e distúrbios de *stress* pós traumáticos)

Em 1980, David Goldber (psiquiatra) e Peter Huxley (Sociólogo Psiquiátrico) definem vulnerabilidade como sendo um conjunto de fatores que tornam certas pessoas mais suscetíveis do que outras a episódios de perturbação mental.

Kleinman (1988 *cit in* Goldberg & Huxley, 1992) refere que as perturbações de depressão e ansiedade são «formas não específicas de perturbação corporal» e, mais tarde, Goldberg & Huxley (1992) afirmam que alguns indivíduos, face aos fatores de *stress* ambiental, desenvolvem perturbações patológicas. A nossa reflexão sobre este ponto prende-se, precisamente, com o facto de verificarmos, na amostra, o número significativo de vítimas de abuso sexual na infância, com perturbações mentais.

As adversidades refletidas na vida adulta expressam-se em vulnerabilidades estruturais que, segundo os investigadores Goldberg & Huxley (1992), estão associadas ao desemprego, más condições habitacionais, entre outras mas também a uma vulnerabilidade emocional que dizem respeito à baixa autoestima, incapacidade de confiar e desordens de humor. São mesmos referidos nestes estudos que têm quase sempre como causalidades experiências da infância, como por exemplo a negligência e/ou abuso sexual.

Neste contexto, é nossa interpretação e entendimento que a pessoa vulnerável pode ser levada ao limite por um pequeno *stress* acarretando sérias dificuldades em criar ou manter um quotidiano saudável através de uma vida em sociedade.

4.4. Incapacidade para manter uma vida profissional estável

A associação entre uma patologia psiquiátrica e a dificuldade em manter um emprego devem ser interpretadas, segundo Wasserman (1992 *cit in* Goldberg & Huxley, 1992) com reservas uma vez que até há bem pouco tempo o desemprego estaria associado a homens idosos ou mulheres com problemas familiares, muitas vezes associadas a outras patologias como o alcoolismo. No entanto não é demais observar que, tal como foi referido anteriormente, as mulheres que passaram por experiências negligentes como o abuso sexual apresentam mais dificuldades na inserção e interação em sociedade.

Estes são fatores importantes a ter a conta para se trabalhar o empoderamento dos doentes no sentido de ultrapassarem as suas fragilidades para manterem uma vida profissional saudável, sendo certo que uma vida profissional saudável será uma componente importante para uma vida social saudável também.

Por outro lado, é importante referir que não existe uma patologia específica da vítima de abuso sexual. Estas vítimas demonstram uma maior predisposição para virem a sofrer de distúrbios psiquiátricos quando comparadas com os seus pares (Antunes, C., 2010). Na linha deste pensamento reporto para os diagramas I e II apresentados no 2.2.2. que abordam os Modelos Explicativos do Impacto do Abuso Sexual e procuram uma interpretação para explicar as consequências imediatas e a longo prazo do abuso sexual num indivíduo.

Neste sentido, observando o quadro II – Necessidades das pessoas com transtornos mentais, do ponto 1.2., nele se refere quais os indicadores mais importantes no tratamento clínico e, principalmente sociais de uma pessoa doente mental. Como pretendemos perceber o modo como é possível evitar consequências sociais no quotidiano, é relevante mencionar que o estigma e discriminação e a ausência da falta de participação dos indivíduos são aspetos fundamentais a trabalhar para que seja

possível criar aptidões para melhorar a atenção e memória, incitando assim a coesão familiar e a interação nas várias vertentes de uma vida saudável em sociedade. A estes pontos alia-se também um tratamento de reabilitação adequado para as estas situações através de apoios sociais, vocacionais mas também determinados cuidados de longa duração, cuidados permanentemente expressos pelos profissionais de Serviço Social do HDP como necessidades a intensificar.

4.5. Em termos de reflexão final

Importa ao Serviço Social, através das organizações da sociedade civil formal (como as Instituições Particulares de Solidariedade Social), que têm assumido muitas das responsabilidades a este nível, criar intervenções sociais articuladas e de parceria, capazes de criar percursos e processos de inserção social pelo económico. Por outro lado, é necessário reforçar o papel do Serviço Social na elaboração de propostas e desenvolvimento de atividades que compreendam o paciente psiquiátrico, como um indivíduo que tem papéis significativos no contexto familiar, social e laboral, e que passa a enfrentar mudanças na sua vida a partir do momento do transtorno mental.

É necessário pois, investigar os obstáculos existentes na organização da rede de social em saúde mental, destacando a responsabilidade nos cuidados com a assistência a estas pessoas. Desta forma, o Serviço Social passa a ser capaz de intervir através de serviços sociais, na criação das condições favoráveis à reinserção na vida em sociedade, assegurando os direitos sociais que a estes competem (Silva & Silva, 2007).

Verifica-se, atualmente, a presença de um desafio para os profissionais de Serviço Social no que toca à utilização de novas técnicas e à adoção de novas perspetivas teórica e éticas. Para Silva & Silva (2007) a nova realidade desta profissão exige uma intervenção profissional crítica e competente que só poderá ser concretizada através de uma análise, também ela crítica, da realidade e compromissada com a democracia e a cidadania (Silva & Silva, 2007). Assim sendo, o assistente social terá de compreender que o trabalho no campo da saúde mental abrange a compreensão das questões sociais ligadas ao processo de saúde/doença e das configurações nas relações familiares, culturais e económicas dos sujeitos envolvidos, objetivando a sua inclusão

social (Melo, Bastos, Silva, 2000 *cit in* Silva & Silva, 2007).

Para rematar é importante referir que o lugar que os assistentes sociais ocupam nas equipas de saúde mental tem vindo a alterar-se ao longo da história do Serviço Social. Segundo Silva & Silva (2007), atualmente esta profissão encontra-se no momento de implementação da reforma psiquiátrica que se tornou uma oportunidade de ampliação das possibilidades para o trabalho do assistente social, apesar de ainda possuir uma atuação rotineira e subordinada à figura do médico (Silva & Silva, 2007).

O facto de termos partido de situações concretas vividas num espaço geográfico determinado e num Serviço Hospitalar específico, ajudou-nos a uma melhor compreensão da referência feita por Silva & Silva (2007) quando nos diz que através de um processo educativo no qual esclarece e orienta, o assistente social tenta otimizar a ressocialização social dos doentes psiquiátricos, identificando os recursos existentes e ao seu dispor.

CONCLUSÃO

O presente projeto de graduação pretendeu refletir, tal como o título anuncia, sobre o quotidiano do doente psiquiátrico que foi vítima de abuso sexual na infância. Referimos também que é do olhar do assistente social que se trata, por entendermos que é um caminho ainda com muito a desbravar, o que aliás foi sendo expresso ao longo do trabalho e nos fez avançar com propostas de estudo para prosseguir.

Em termos teóricos, verifica-se a existência de um eixo de continuidade nas orientações que têm vindo a ser expressas através de movimentos mundiais, também aplicadas a nível nacional, bem como nos estudos de referência que procuram propor olhares e intervenções articuladas e de respeito pelos indivíduos vitimados por abuso sexual na infância.

Atualmente destaca-se a preocupação em garantir, no domínio da saúde mental, um nível de cuidados de saúde e de apoio social, entre a comunidade e o tratamento hospitalar. Passou a existir consistência científica, legitimada na lei, da integração dos conceitos saúde e apoio social, numa perspetiva de articulação, que se inicia com o processo de acompanhamento em espaço hospitalar.

A promoção da literacia em saúde mental e do *empowerment* são reconhecidos como competências fundamentais a promover, para se garantir a colaboração do doente com patologia psiquiátrica no processo de integração na comunidade.

Procurou-se destacar o papel do Serviço Social, integrado no percurso que operacionaliza o processo de tratamento, neste caso de reforço das competências de sociabilidade do doente. As observações e interpretações, ao longo deste trabalho, focalizaram-se, para isso, em 44 situações em acompanhamento no HPD. Porque é de um fenómeno social que se trata, que atinge transversalmente a sociedade, tem que ser olhado de forma integrada, nas estratégias de intervenção social local. Isto é, nunca o podemos separar do planeamento social e da rentabilização e optimização de recursos, de cada território. Foi por esse motivo que fomos observar, logo de início, a zona geográfica de abrangência do CHDEDV, para conhecermos a dinâmica institucional no que à saúde mental se refere na região.

O nosso propósito foi, como acima referimos, “levantar o véu”, para abordarmos de forma reflexiva, como é que os indivíduos portadores de doença psiquiátrica lidam com o facto de terem sido abusados sexualmente na sua infância e também de que forma criam recursos para ultrapassar obstáculos que obstam à sua integração social.

A amostra pode ser considerada reduzida, no entanto, nunca foi nosso propósito estudar regularidades associadas ao problema em estudo. Pretendeu-se, sim, desenvolver um primeiro trabalho exploratório sobre o tema, sempre centrado no doente.

A discussão de resultados demonstrou que ao assistente social cabe fomentar no doente, o trabalho de competências no sentido de minorizar os efeitos das vulnerabilidades que acompanham e pressionam o quotidiano destes doentes, de forma a trabalhar o seu capital social para que possam participar no desenvolvimento da coesão familiar, comunitária e social. Consideramos serem aspectos fundamentais para o seu empoderamento e, conseqüentemente caminho para a cura, ou para a redução dos danos e riscos destas patologias.

Finalmente, apesar do reconhecimento da relevância da intervenção social e do seu impacto na saúde dos cidadãos, multiplicam-se também questões sobre a (1) **construção ativa da intervenção neste domínio** e (2) **a forma como os profissionais experienciam a sua prática** e (3) **como avaliam os seus resultados**. Serão estes três eixos de reflexão que servirão de fio condutor para investigações a prosseguir.

REFERÊNCIAS

Bibliografia

Amado, J. (2001). *Interacção Pedagógica e Indisciplina na Aula*. Lisboa: Edições Asa.

Carla Margarida Vieira Antunes - Abuso sexual na infância e adolescência: Uma leitura narrativa do impacto e dos processos conducentes à resiliência, 2010.

Coleman, J.S. (1988). “Social Capital in the Creation of Human Capital”, *The American Journal of Sociology*, Vol. 94, Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure. (1988), pp. S95-S120.

Danielle Marinho Barros da Silva e Amanda Alves da Silva - A Reforma Psiquiátrica e o Trabalho do Assistente Social, 2007.

Goldberg, D. e Huxley, P. (1992). *Perturbações Mentais Comuns – Um Modelo Bio-Social*. Coimbra: Climepsi Editores.

Putnam, R. (1995). “Bowling Alone: America’s Declining Social Capital” *Journal of Democracy* 6(1): 65-78.

Ruivo, F., (2000). *Poder Local e Exclusão Social – Dois Estudos de Caso de Organização Local da Luta contra a Pobreza*. Coimbra, Quarteto Editora.

Saraiva, C., B., (1999). *Para-Suicídio – Contributo para uma compreensão clinica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra, Quarteto Editora.

Revistas

Direção-Geral da Saúde, 2004. Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental.

Fensterseifer, L. e Werlang, B. (2006). Comportamentos Autodestrutivos, Subprodutos da Pós-Modernidade?, *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 24, n. 47 p. 35-44, Out./Dez. 2006.

Instituto da Segurança Social, I.P., 2009. Guia Prático – Respostas Sociais - População Adulta – Pessoas com Doenças do Foro Mental ou Psiquiátrico (35G - v4.03).

Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça e L., Maia, A. (2011).Relações Familiares, Humor Depressivo e Comportamentos Autodestrutivos em Adolescentes, *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, nº3, 2011.

Ministério da Saúde e Alto Comissariado da Saúde, 2008, Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Portugal, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Organização Mundial de Saúde, 2001. Relatório sobre a saúde no mundo: *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, Portugal, Ministério da Saúde e DGS.

Relatórios cedidos

Hospital de Dia de Psiquiatria, 2010. Serviço de Psiquiatria – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga.

Webgrafia

Instituto Nacional de Estatística *cit in* Diagnóstico Social do Concelho de Santa Maria da Feira, <https://www.cm-feira.pt>, Dezembro de 2001 [visitado em 01-08-2012].

Macedo, A. e Macedo, Y. (2006) *cit in* <http://animaconsultorio.site.med.br> [visitado em 2-09-2012].

Mentes Loucas *cit in*: <http://doencasmentaisapcd.blogspot.pt/>, 2010 [visitado em 4-07-2012].

Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Saúde mental e doenças psiquiátricas, *cit in* http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html [visitado em 4-07-2012].

Observatório Social de Santa Maria da Feira, Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, *cit in* <https://www.cm-feira.pt/portal/site/cm-feira> [visitado 01-08-2012].

Organização Mundial de Saúde, 2001, *cit in* <http://www.who.int> [visitado em 4-07-2012].

Implicações do abuso sexual na infância sobre o quotidiano do doente psiquiátrico. O olhar do assistente social

Resolução da Assembleia da República n.º 114/2010 *cit in*:
http://www.parlamento.pt/Documents/OAR_2011.pdf, [visitado em 24-07-2012]

ANEXOS

Anexo I - Tabela de Levantamento de Dados

ID	Idade	Sexo	Área de Residência	Estado Civil	Filhos	Habilitações Literárias	Situação Profissional
Utente 1							
Utente 2							
Utente 3							
Utente 4							
Utente 5							
Utente 6							
Utente 7							
Utente 8							
Utente 9							
Utente 10							
Utente 11							

ID	Com Quem Vive?	Apoios	Patologia	Tipo de Tratamento	Duração de Tratamento	Ab.S.?	Medicação	Internamento em Psiquiatria	Ideação Suicida?
Utente 1									
Utente 2									
Utente 3									
Utente 4									
Utente 5									
Utente 6									
Utente 7									
Utente 8									
Utente 9									
Utente 10									
Utente 11									

