



UNIVERSIDADE DOS AÇORES

Joana Moura Cabral

**ESTUDO DA INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA
DE PESSOAS COM PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS**

**Construção e Validação da Escala de Integração Comunitária
de Adultos com Problemas Psiquiátricos**

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação
Ramo de especialização em Contextos Comunitários

Realizada sob Orientação Científica de:
Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho

Ponta Delgada, 2013

Joana Moura Cabral

**ESTUDO DA INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA
DE PESSOAS COM PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS**

**Construção e Validação da Escala de Integração Comunitária
de Adultos com Problemas Psiquiátricos**

Dissertação apresentada na Universidade dos Açores, para obtenção de grau de Mestre em Psicologia da Educação, ramo de especialidade em contextos comunitários, realizada sob orientação científica da Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho

Resumo

A integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos é uma área relativamente recente e pouco explorado na literatura, que tem vindo a revelar ter repercussões positivas na recuperação e qualidade de vida dos indivíduos com problemas desta natureza.

Deste modo, a avaliação da integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos, releva-se pertinente. O principal objetivo deste estudo é identificar os níveis de integração comunitária de adultos com problemas psiquiátricos que vivem no Grupo Oriental da região Autónoma dos Açores (ilhas de Santa Maria e São Miguel), comparar os níveis de integração comunitária de adultos com problemas psiquiátricos com os níveis de integração comunitária de uma amostra da população geral, bem como identificar quais as variáveis que influenciam a integração comunitária de adultos com problemas psiquiátricos.

Dada a inexistência de um instrumento de medida que avaliasse a integração comunitária em termos das suas três dimensões (física, social e psicológica), revelou-se necessária a construção e validação da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos (EIC-APP).

Nesta dissertação são levados a cabo dois estudos, o primeiro dedicado à validação da EIC-APP e o segundo à caracterização dos níveis de integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos.

O primeiro estudo inclui uma amostra de 183 indivíduos com problemas psiquiátricos e os resultados obtidos demonstram que a escala tem bons indicadores psicométricos, do ponto de vista da validade, sendo que quer o seu total ($\alpha=0,9$), quer as suas dimensões (Integração Comunitária Física ($\alpha=0,83$), Integração Comunitária Social ($\alpha=0,84$) e Integração Comunitária Psicológica ($\alpha=0,77$)), apresentam bons indicadores de consistência interna. De uma forma geral, este instrumento revela-se adequado, do ponto de vista psicométrico, para avaliar a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos.

O segundo estudo inclui uma amostra de 183 indivíduos com problemas psiquiátricos e uma amostra de 228 indivíduos da população geral. Neste estudo são caracterizados os níveis de integração comunitária da amostra de pessoas com problemas psiquiátricos em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, os quais são

comparados com a amostra da população geral. Os resultados indicam que os indivíduos com problemas psiquiátricos possuem níveis elevados de integração comunitária, contudo estes níveis são inferiores aos observados na população geral.

Palavras-chave: saúde mental, problemas psiquiátricos, comunidade, integração comunitária.

Abstract

The community integration of individuals with psychiatric disorders is a new research area, unexplored in the literature, which has been proved to have a positive impact on recovery and quality of life of patients with problems of this nature.

Thus, assessment of community integration for people with psychiatric disorders, proves to be relevant. The main goal of this study is to identify the levels of community integration of adults with psychiatric problems, who live in the Eastern Group of the Azores islands (Santa Maria and São Miguel islands), compare the levels of community integration of adults with psychiatric problems with social integration levels of a sample of the general population, as well as identify the variables that influence community integration of adults with psychiatric disorders.

In the absence of a measurement tool to assess community integration, in terms of three dimensions (physical, social and psychological), was necessary to develop and validate The Community Integration of Adults with Psychiatric Disorders Scale.

This dissertation conducted two studies, the first dedicated to the validation of The Community Integration of Adults with Psychiatric Disorders Scale, and the second to characterize levels of community integration of individuals with psychiatric disorders.

The first study included a sample of 183 patients with psychiatric disorders and the results demonstrated that the psychometric scale has good indicators from the point of view of the validation, and their total or ($\alpha = 0.9$) or their dimensions (Community Integration Physics ($\alpha = 0.83$), Social Community Integration ($\alpha = 0.84$) and Psychological Community Integration ($\alpha = 0.77$)), exhibit good indicators of internal consistency. In general terms, this instrument revealed adequate to assess community integration of people with psychiatric disorders.

The second study included a sample of 183 patients with psychiatric disorders and a sample of 228 individuals from the general population. In this study, levels of community integration are characterized, of a sample of people with psychiatric disorders, in terms of sociodemographic and clinical variables, which are compared with the general population sample. The results indicate that persons with psychiatric disorders have high levels of integration community, however these levels are lower than those observed in the general population.

Keywords: mental health, psychiatric disorders, community, community integration.

Agradecimentos

A realização de uma dissertação de mestrado, é um processo de grandes experiências e aprendizagens, que só se torna possível com a colaboração de um conjunto de pessoas. Assim, aproveito este espaço para deixar o meu sincero agradecimento a todos que, de uma forma mais técnica ou pessoal, me apoiaram ao longo deste processo.

Agradeço em particular:

À Prof. Doutora Célia Carvalho, que idealizou este projeto e desde o primeiro dia esteve ao meu lado na concretização do mesmo, partilhando experiências e conhecimentos, retirando as minhas dúvidas e hesitações, bem como, transmitindo-me incentivo e confiança, acreditando sempre no meu trabalho.

A todos os professores, colegas e funcionários desta academia, que contribuíram para a minha formação pessoal e académica, nos últimos anos, possibilitando a aquisição de conhecimentos fundamentais à realização deste projeto.

Às instituições e respetivos membros que tornaram possível e colaboraram no processo de recolha de dados desta investigação, nomeadamente: o Serviço de Psiquiatria do Hospital Divino Espírito Santo, Unidade de Saúde de Vila do Porto, Instituto para o Desenvolvimento Social dos Açores, Associação Regional de Reabilitação e Inserção Sócio-Cultural dos Açores, Associação para a promoção de saúde mental-ANCORAR e outros serviços privados de saúde.

Às assistentes e aos psiquiatras do Serviço de Psiquiatria do Hospital Divino Espírito Santo que, entre a sobrecarga de trabalho, prestaram a colaboração necessária à realização deste estudo.

À psicóloga Lissa Figueiredo, pela amizade, partilha de conhecimentos, e especialmente por ter prestado um apoio precioso na recolha de dados em Santa Maria.

A todos os participantes deste estudo, em especial aos indivíduos com doença mental, que foram a causa e a motivação permanente para a realização deste projeto. Uma vez que a eles devo, não só, os dados que permitiram a realização deste estudo, mas também um conjunto de conhecimentos, experiências e memórias, que com emoção e transparência partilharam comigo durante o contacto que tivemos neste processo. Para estes participantes tão especiais vai o meu sincero obrigada, com votos de uma rápida recuperação.

A todos os meus amigos, colegas e membros dos grupos em que estou inserida, por todo o apoio e pela compreensão perante as minhas ausências e faltas de atenção, durante

este processo. Aos colegas e amigos: Carmina Freitas, Cláudia Cordeiro, Luís Lopes, Maria Anjo e Sandra Moura, pelo carinho, apoio e camaradagem constante.

Ao meu companheiro Emanuel Silveira e à minha família que mais uma vez, me apoiou incondicionalmente, dando-me apoio, carinho e incentivo nas horas que mais precisei. Aproveito este momento para fazer um agradecimento especial aos meus pais, por serem os principais apoiantes deste projeto e sobretudo por todo o amor, educação, competências e valores que me transmitiram ao longo da vida, os quais foram a base essencial para o alcance e realização de muitos dos meus objetivos, entre eles a conclusão desta dissertação de mestrado.

Por fim, quero agradecer ao Autor de todas as coisas, foi ptincipalente a Ele que fui buscar a força, precistência e determinação necessária à realização deste projeto, pois “bem sei que tudo podes, e que nenhum dos teus projetos pode ser travado” (Jó, 42:2).

Abreviaturas

ARRISCA- Associação Regional de Reabilitação e Inserção Sócio-Cultural dos Açores

ATWMHP- *Attitudes towards mental health problems*

BPNS_G- Basic Psychological Needs Satisfaction - General

CVC- Coeficiente de Validade de Conteúdo

CVCc- Coeficiente de Validade de Conteúdo relativa a cada item

CVCT- Coeficiente de Validade de Conteúdo para o instrumento no geral

DSM-IV-R- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EIC-APP- Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos

SBS- Escala de Comportamento Submisso

ISC-2- Índice de sentimento de comunidade, versão 2

IDSA- Instituto para o Desenvolvimento Social dos Açores

OMS- Organização Mundial de Saúde

RMS- Relatório Mundial de Saúde

PRSM- Programa Regional de Saúde

SP-HDES- Serviço de Psiquiatria do Hospital Divino Espírito Santo

SWLS- *Satisfaction With Life Scale*

USVP- Unidade de Saúde de Vila do Porto

WEMWBS- *The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*

Índice geral

Resumo.....	iii
Abstract	v
Agradecimentos	Erro! Marcador não definido.
Abreviaturas	ix
Índice de quadros	xv

Índice do Estudo

Introdução.....	17
-----------------	----

Capítulo I- *Enquadramento conceptual* – Saúde mental e integração comunitária

21

1. Conceito de saúde mental	21
1.1. O conceito de saúde mental ao longo da história	21
2. O surgimento de novas formas de tratamento em saúde mental	24
2.1. Saúde mental comunitária.....	25
3. Integração comunitária em saúde mental	28
3.1. Definição de integração comunitária de pessoas com doença mental	29
3.2. Dimensões da integração comunitária	31
3.4. Dimensão física, social e psicológica da integração comunitária	32
4. Fatores que influenciam a integração de pessoas com doença mental	34
5. Impacto positivo da Integração Comunitária	43
5.1. Integração e <i>recovery</i>	43
6. Conclusões.....	46

Capítulo II- *Estudo I*-Processo de construção e validação da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Perturbações Psiquiátricas (EIC-APP)

49

1.Introdução.....	49
3. Metodologia.....	51
3.1. Caracterização da amostra	51
3.1.1. Critérios de inclusão e exclusão da amostra.....	51
3.1.3.Caracterização clínica da amostra	52
3.2. Instrumentos.....	54
3.2.1. Questionário sociodemográfico.....	54
3.2.2. Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos (EIC-APP Versão Experimental, Barreto Carvalho, C.& Cabral, J.).....	55
3.2.3. <i>The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale</i> (WEMWBS; Ruth, Hiller, Fishwick, Platt, Joseph, Weich, Parkinson, Secker & Stewart-Brown, 2007).....	55
3.2.4. <i>Satisfaction With Life Scale</i> (SWLS; Desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).....	55
3.2.5. Índice de sentimento de comunidade, versão 2 (ISC-2; Desenvolvida por Chavis, Lee & Acosta, 2008).....	55
3.2.6. Basic Psychological Needs Satisfaction - General (BPNS_G, Desenvolvida por Deci, E. L. & Ryan, R. M., 2000, traduzida e adaptada por Pinto Gouveia, J. & Albuquerque, P., 2008)	56
3.2.7. Attitudes towards mental health problems (ATWMHP; Desenvolvida por Gilbert <i>et al.</i> , 2007, traduzida e adaptada por Barreto Carvalho, C. & Cabral, J. 2012)	56
3.2.8. Escala de Comportamento Submisso (SBS; Desenvolvida por Allan & Gilbert, 1997; traduzida e adaptada por Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2004).	56
3.3. Procedimentos de investigação	57
3.3.1. Construção da escala e Validação de Conteúdo	57
3.3.2.Procedimentos de recolha de dados	58

3.3.3. Validação da escala	60
3.4. Procedimentos estatísticos	61
4. Resultados e discussão	61
4.1. Construção da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos	61
4.2. Estudo da validade de conteúdo da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos junto de uma amostra de peritos.....	63
4.3. Sensibilidade da escala e propriedades dos itens	68
4.4. Fidelidade e correlações entre os itens e o total da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos	69
4.5. Validade de construto	72
4.5.1. Propriedades e consistência interna dos itens de cada dimensão	82
4.5.2. Fidelidade da última versão da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos.....	85
4.6. Validade convergente e divergente	86
4.6.1. Validade convergente	86
4.6.2. Validade divergente	88
5. Limitações e potencialidades do estudo	89
6. Conclusões.....	91
Capítulo III - Estudo 2 - Caracterização da integração comunitária de uma amostra de adultos com problemas psiquiátricos.....	93
1. Introdução.....	93
1.1. Objetivos.....	93
2. Metodologia.....	95
2.1. Caracterização da amostra	95

2.2. Instrumentos.....	97
2.2.1. EIC-APP Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos (Ultima Versão) (Barreto Carvalho, C.& Cabral, J.).....	97
2.3. Procedimentos de investigação	97
2.4. Procedimentos estatísticos	98
3.1. Caracterização dos níveis de integração comunitária numa amostra de pessoas com problemas psiquiátricos	98
3.2. Comparação entre a média de resultados da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos e a amostra de indivíduos da população geral.....	103
3.3. Caracterização da Integração Comunitária em função de aspetos sociodemográficos da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos.....	104
3.3.1. Género.....	104
3.3.2. Idade	105
3.3.3. Estado Civil.....	106
3.3.4. Meio onde vive.....	108
3.3.5. Escolaridade	109
3.3.6. Situação atual de emprego	110
3.3.7. Nível Socioeconómico	111
3.4. Caracterização da Integração Comunitária em função de aspetos ligados ao problema psiquiátrico	113
3.4.1. Diagnóstico psiquiátrico	113
3.4.2. Internamento psiquiátrico	114
3.5. Caracterização da Integração Comunitária numa amostra de indivíduos da população geral em função de fatores sociodemográficos	115

3.5.1. Comparação entre as características sociodemográficas das amostras	116
3.5.2. Género.....	117
3.5.3. Estado Civil.....	117
4. Limitações e potencialidades do estudo	119
5. Conclusão	120
Referências bibliográficas.....	123
Índice de Anexos	
Anexo 1: Revisão sobre a forma como o conceito de integração comunitária tem sido definido e operacionalizado em vários estudos.....	130
Anexo 2: Classificação das freguesias situadas em lugar urbano	132
Anexo 3: Censos 2011- População residente por freguesia	134
Anexo 4: Classificação da avaliação do nível socioeconómico (Almeida, 1988)	136
Anexo 5: Declaração de Consentimento Informado	137
Anexo 6: Protocolo de investigação.....	138
Anexo 7: Carta para os especialistas que participaram na análise da validade de conteúdo e respetivos anexos	148
Anexo 8: Cartas de pedido de autorização às instituições.....	155
Anexo 9: Resultados de avaliação por peritos e respetivas alterações	158
Anexo 10: Tabela de especificações de suporte à criação da escala	166
Anexo 11: Última versão da escala.....	169

Índice de quadros

Quadro 1	Quadros psicopatológicos da amostra.....	53
Quadro 2	Motivos de não ter emprego depois do surgimento do problema psiquiátrico.....	54
Quadro 3	CVC Clareza.....	65
Quadro 4	CVC Pertinência	66
Quadro 5	Estatística descritiva dos itens da EIC-PP.....	69
Quadro 6	Fidelidade e correlações entre os itens e o total da escala.....	71
Quadro 7	Teste de KMO e Bartlett	72
Quadro 8	Matriz de componentes após a rotação	73
Quadro 9	Fator 1- Integração Física: Utilização de recursos / independência	75
Quadro 10	Fator 2- Integração social: Características da rede social	76
Quadro 11	Fator 3- Integração Social: Dimensão da rede social	76
Quadro 12	Fator 4-Integração Psicológica (Ligação emocional)	77
Quadro 13	Fator 5- Integração Psicológica: Suporte Comunitário	77
Quadro 14	Fator 6- Integração Física: Atividades de lazer	78
Quadro 15	Fator 7-Integração Física: Participação comunitária.....	78
Quadro 16	Fator 8 (junção dos itens dos fatores 8, 9 e 10) Integração em contexto institucional	79
Quadro 17	Estatística descritiva e <i>alpha</i> de Cronbach dos Fatores da Escala	80
Quadro 18	Fatores da escala organizados por dimensões e subdimensões	81
Quadro 19	Propriedades dos itens da Dimensão 1- “Integração Física”	82
Quadro 20	Propriedades dos itens da Dimensão 2- “Integração Social”	83
Quadro 21	Propriedades dos itens da Dimensão 3- “Integração Psicológica”	84
Quadro 22	Correlação entre os domínios da escala	84
Quadro 23	Estatística descritiva e <i>alpha</i> Cronbach das dimensões da escala.....	84
Quadro 24	Valor do <i>alpha</i> , no caso de eliminação de cada um dos itens da última versão da EIC-PP	86
Quadro 25	Habilitações literárias indivíduos da população geral	96
Quadro 26	Situação atual de emprego indivíduos da população geral	96
Quadro 27	Caracterização dos níveis de Integração Comunitária	99
Quadro 28	Caracterização dos níveis de Integração Física	99

Quadro 29	Caracterização dos níveis de Integração Social	100
Quadro 30	Caracterização dos níveis de Integração Social	100
Quadro 31	Médias e desvio-padrão dos itens da EIC-APP	102
Quadro 32	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do problema psiquiátrico	103
Quadro 33	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do género (N=183)	105
Quadro 34	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em relação à da idade (N=180)	106
Quadro 35	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do estado civil (N=183)	107
Quadro 36	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do meio onde vive (N=183)	108
Quadro 37	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função da escolaridade (N=183)	109
Quadro 38	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função da situação atual de emprego (N=180)	111
Quadro 39	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do nível socioeconómico (N=182)	112
Quadro 40	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do diagnóstico psiquiátrico (N=157)	114
Quadro 41	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do internamento psiquiátrico (N=181)	115
Quadro 42	Relação entre as médias das variáveis sociodemográficos das duas amostras	116
Quadro 43	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do género (N=228)	117
Quadro 44	Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do estado civil (N=228)	118

Introdução

Durantes vários séculos a doença mental foi incompreendida, fazendo com que as pessoas com problemas desta natureza fossem privadas do contacto social, recebendo tratamentos dolorosos e ineficazes (Ruiloba, 2002). Atualmente, graças aos desenvolvimentos e evoluções realizadas na saúde mental, tanto em termos da medicina psiquiátrica, como em aspetos socioculturais, as pessoas com doença mental têm uma maior possibilidade de recuperar e desenvolver uma vida social como a população geral (Espinosa, 1998). Assim, recentemente surgiu uma abordagem comunitária da saúde mental, que defende a importância dos fatores sociais na recuperação de indivíduos com problemas psiquiátricos, entre os quais destaca-se a integração comunitária destes indivíduos.

A integração comunitária de pessoas com doença mental, de uma forma geral refere-se à capacidade destas pessoas cumprirem as atividades da vida diária na comunidade (integração física), procurarem estabelecer interações com outros membros da comunidade “não deficientes” (integração social), e possuírem um sentimento de pertença em relação às suas comunidades (integração psicológica) (Aubry & Myner, 1996 *cit. in* Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008). Entre a literatura da área destaca-se o modelo de integração comunitária de Wong & Solomon que com base em vários autores criou uma definição ampla de integração comunitária, composta pelas dimensões física, social e psicológica. Para além das características do seu conceito, importa realçar o impacto positivo que a integração comunitária tem nos processos de *recovery* de pessoas com psicopatologia (Jacobson & Greenley, 2001; Prince & Gerber *cit. in* Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008). Dada a importância da integração comunitária em saúde mental e a falta de estudos neste âmbito, torna-se pertinente apostar-se em conhecer melhor esta problemática.

No que se refere à realidade da Região Autónoma dos Açores, de acordo com a Direção Regional da Saúde, deverá haver um maior investimento na abordagem comunitária dos cuidados de saúde mental, para responder ao preocupante aumento de problemas de saúde mental na região. Para que se realize uma intervenção mais consciente e consistente junto desta problemática, será necessário investir na investigação e melhor conhecimento dos aspetos que influenciam a integração comunitária de pessoas com doença mental.

Neste sentido, a presente dissertação desenvolvida no âmbito da Psicologia da Educação, mais propriamente no que se refere aos Contextos Comunitários, vem explorar

de que forma alguns dos indivíduos com problemas psiquiátricos das ilhas de Santa Maria e São Miguel (Grupo Oriental do arquipélago dos Açores) se encontram integrados na comunidade e que fatores sociodemográficos e clínicos poderão influenciar essa mesma integração. Os dados resultantes deste estudo, poderão servir de base de sustentação, no desenvolvimento de algumas medidas de promoção da saúde mental, que se enquadrem numa abordagem de intervenção comunitária. Visto que este estudo, não só, poderá vir a oferecer uma ferramenta útil ao melhor conhecimento da realidade da doença mental, como também procura apresentar alguns indicadores da integração comunitária em indivíduos com doença mental de duas ilhas da região.

A presente dissertação organiza-se em duas partes, uma primeira parte constituída pelo primeiro capítulo (Capítulo I), dedicado à revisão de literatura relativa às temáticas em estudo e, uma segunda parte, constituída por dois capítulos (Capítulo II; Capítulo III) que dizem respeito a dois estudos de investigação empírica. O primeiro (Capítulo II), refere-se ao processo de construção e validação da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos (EIC-APP) – Estudo 1, e o segundo (Capítulo III) destina-se à caracterização da integração comunitária de uma amostra de adultos com problemas psiquiátricos – Estudo 2. Para além disso, esta dissertação conta também com um resumo, com a presente introdução, com uma conclusão para o Estudo 1 e outra para o Estudo 2, bem como com uma secção de referências bibliográficas e outra de anexos.

No Capítulo I, encontra-se o enquadramento teórico da integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos. Este capítulo começa por retratar o conceito e forma de tratamento da doença mental ao longo dos tempos, para enquadrar histórica e culturalmente a atual realidade e abordagens utilizadas em saúde mental, com especial destaque para a saúde mental comunitária que defende a importância da integração comunitária no processo de recuperação de indivíduos com problemas psiquiátricos. Posto isto, no mesmo capítulo, é explorado o conceito de integração comunitária de pessoas com doença mental e as suas dimensões, segundo a perspectiva de vários autores. Embora sendo escassa a literatura nesta área, este capítulo possui um ponto dedicado à identificação dos fatores que segundo a literatura, influenciam a integração comunitária de pessoas com psicopatologia. Por fim, este capítulo apresenta o impacto que a integração comunitária poderá ter em vários aspetos da vida dos indivíduos com problemas psiquiátricos, nomeadamente nos seus processos de *recovery*.

O Capítulo II (Estudo 1) é dedicado ao processo de construção e validação de uma escala de autorresposta, que tem como finalidade avaliar os níveis de integração de indivíduos com problemas psiquiátricos. Neste capítulo estão descritos os procedimentos adotados para construir e validar a EIC-APP, bem como são analisadas as características desta escala, de forma a concluir se esta possui as qualidades psicométricas adequadas, para se considerar um instrumento válido para ser utilizado em investigações científicas.

O Capítulo III (Estudo 2) apresenta a caracterização da integração comunitária de uma amostra de adultos com problemas psiquiátricos. Neste estudo, são apresentados os níveis de integração dos participantes com problemas psiquiátricos, os quais são, posteriormente, comparados com uma amostra de indivíduos da população geral. Neste capítulo procede-se ainda à caracterização dos níveis de integração comunitária de indivíduos com doença mental em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo que as variáveis que revelarem exercer alguma influência nos níveis de integração comunitária da amostra de indivíduos com psicopatologia, serão analisadas na amostra da população geral, de modo a identificar se as influências verificadas se devem às variáveis sociodemográficas ou ao diagnóstico psiquiátrico dos indivíduos.

Capítulo I

Enquadramento conceptual

Saúde mental e integração comunitária

Capítulo I- *Enquadramento conceptual* – Saúde mental e integração comunitária

1. Conceito de saúde mental

A doença mental é um problema frequente pois, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), uma em cada quatro pessoas é afetada por uma perturbação mental em determinada fase da sua vida. A dimensão e as repercussões da problemática da saúde mental tem levado a uma crescente preocupação no sentido de conhecer melhor esta realidade e encontrar formas mais eficazes de intervir junto desta. Contudo, a saúde mental enquadra-se num percurso de evolução, histórica, social, cultural e científica que é importante conhecer, a fim de se perceberem, quer os processos de mudança e desenvolvimento decorridos até se chegar ao atual conceito de saúde mental, quer os métodos e tratamentos que hoje são utilizados para melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas desta natureza.

1.1. O conceito de saúde mental ao longo da história

A doença mental é conhecida desde o início da humanidade. No entanto, ao longo dos tempos a sua interpretação e os tratamentos aplicados, vêm sendo mudados para acompanhar os padrões culturais, socioeconómicos, o desenvolvimento da ciência e os avanços do conhecimento na sociedade (Espinosa, 1998). Se atualmente existem respostas diversificadas e eficazes para os problemas de saúde mental, nomeadamente, a consciência da importância da integração comunitária do doente, durante muitos anos, em diversas culturas do mundo, as percepções e os comportamentos perante a saúde mental estiveram muito longe de serem integradores. Assim, como forma de situar, historicamente, o surgimento de uma saúde mental comunitária, virada para uma perspetiva social desta problemática, faremos uma breve referência a algumas das diferentes posições relativas à saúde mental, defendidas ao longo dos tempos, por diferentes povos, culturas e mesmo figuras marcantes da História.

Na Grécia Antiga (776-323 a.C), no conceito popular, a “loucura” era uma doença mental causada por espíritos malignos, personificados nas deusas *Mania* e *Lyssa*, e não havia qualquer intenção de tratamento, uma vez que, tendo sido os deuses a enlouquecer a pessoa, a eles cabia a função de a curar. Por sua vez, Aristoteles (384-322 a.C) vem trazer

uma nova visão da doença mental, defendendo que esta poderia ser tratada com a libertação das emoções reprimidas (Cordeiro, 2002).

Para Sócrates (470-399 a.C) a doença mental era tida como divina, pois, acreditava que através do delírio os “loucos” poderiam ter acesso a verdades divinas (Silveira & Braga, 2005). Hipócrates (460-377 a.C) contrapõe essa ideia, afirmando que a referida doença lhe parecia “não mais divina nem mais sagrada que outras doenças”. Este filósofo, que é frequentemente considerado “pai da medicina”, pensava, ainda, que a doença mental consistia numa alteração ou patologia cerebral provocada pelo desequilíbrio dos humores básicos (sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma). Platão (429-347 a.C) pensava que as alterações mentais tinham uma etiologia multideterminada, sendo uma parte dessa etiologia orgânica, uma ética e outra divina, já Areteio (30-90 a.C) definia estas doenças como processos mentais exagerados e Galeno (130-200 a.C) afirmava que as doenças mentais poderiam ter uma origem orgânica ou psíquica, dependendo a saúde do equilíbrio entre o racional, o irracional e a parte sensual da alma (Espinosa, 1998).

Na Idade Média o doente mental e o seu tratamento eram encarados com mistério e magia, recorrendo-se à feitiçaria e a outras práticas obscuras, existindo uma forte crença de que as bruxas e as possessões pelo demónio eram causas da doença. Os Árabes encaravam a doença mental de uma forma mais humana, construindo hospitais psiquiátricos, como o de Adrianópolis (1500). Os Muçulmanos, também viam de forma positiva a doença, pois acreditavam que o doente mental era amado por Deus e foi por Ele escolhido para revelar a verdade. Por sua vez, os Filósofos da Idade Média (Tomás de Aquino, Alberto o Grande o papa João XXI), consideravam que a alma não pode adoecer logo a doença mental seria uma perturbação somática (Cordeiro, 2002).

Na Idade Moderna (Séc. XVII Revolução francesa) Pinel, Psiquiatra francês, entendeu que as causas da doença mental podiam ser somáticas e que o seu tratamento poderia ser conseguido através da educação, “que dominaria as forças irracionais da loucura”. No final do séc. XVIII e início do séc. XIX, Freud, Pavlov, Jacob Moreno e Kurt Lewin encaram a doença mental, de um ponto de vista orgânico, ou sob outras perspetivas em que se reconhecia a influência das condições psicológicas, da aprendizagem, dos conflitos inconscientes e das relações interpessoais (Espinosa, 1998).

Depois da segunda guerra mundial, no período denominado de Pós-Guerra, verifica-se uma mudança na perspetiva de doença mental, que passa a ser desconstruída para dar lugar

a uma nova forma de perceber enquanto “existência-sofrimento” do sujeito em relação ao corpo social (Rotelli & Amarante, 1992, *cit. in* Silveira & Barga, 2005).

1.2. Atual conceito de saúde mental

Como se constata no ponto anterior, as definições de doença mental têm mudado ao longo do tempo, (Manderscheid, Ryff, Freeman, McKnight-Eily, Dhingra & Strine, 2010) atualmente são muitas as tentativas de despir o conceito de doença mental das múltiplas crenças e preconceitos que lhe estão associadas, procurando-se encontrar uma definição objetiva e científica que caracterize este fenômeno. Esta tarefa torna-se complexa, na medida em que, tal como referem Funk, Drew e Saraceno (2005), a doença mental não é uma condição unitária mas um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Neste enquadramento existe um intenso debate acerca de quais as condições que são ou devem ser incluídas na definição de transtornos mentais.

Embora tenhamos presente que não existem conceitos perfeitos, completos e unânimes de doença mental, procuramos aqui apresentar alguns que nos parecem pertinentes e esclarecedores relativamente ao fenômeno em questão.

Fonseca (1997), numa tentativa de superar as controvérsias existentes na definição de saúde mental, apresenta um conceito de saúde mental do tipo homeostático (isto é, referente à tendência do organismo em reestabelecer o seu equilíbrio), referindo que esta é: “todo o sistema de equilíbrio funcional do organismo capaz de permitir ao indivíduo uma boa adaptação social” (p.169). Segundo o mesmo autor a doença mental ou psíquica é precisamente o oposto do anteriormente mencionado.

De uma forma simplificada poderá dizer-se que a doença mental se refere a condições que afetam a cognição, a emoção e o comportamento (Manderscheid *et. al*, 2010).

Segundo a definição apresentada por Teixeira, Mello, Grando e Fraiman (1997),

a palavra doença vem do latim e significa *desvio*. Desvio da saúde, isto é desvio do *estado normal*. A doença mental caracteriza-se por uma *falha* do indivíduo em comportar-se de acordo com as expectativas de sua comunidade. É uma maneira *defeituosa* de viver, e seus sintomas são expressos na maneira como a pessoa se comporta, afetando-lhe cada aspeto e refletindo-se em seus pensamentos, sentimentos e ações. A pessoa não consegue encontrar soluções satisfatórias para seus conflitos e seus mecanismos de defesa são utilizados de forma menos sadia (p.7).

De acordo com Ruiloba (2002) as doenças mentais são delimitadas pelos seguintes elementos: a) representam rutura biográfica; b) geram experiências subjetivas desagradáveis; c) restringem o enriquecimento pessoal; d) apresentam-se como um conjunto de sintomas organizado e constante; e) tem um percurso e um prognóstico previsível e f) geralmente são sensíveis a um tratamento biológico específico em que as terapêuticas psicológicas poderão contribuir para um melhor prognóstico.

A Organização Mundial de Saúde (1992) refere que o transtorno mental implica a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado, na maioria dos casos, a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. Os transtornos mentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2002). Ruiloba (2002), chama a atenção para o facto desses fatores biopsicossociais terem uma relevância diferente em cada transtorno mental, individuo e momento biográfico ou histórico da pessoa.

Os conceitos de saúde mental, anteriormente referidos, são fruto do progresso dos conhecimentos nesta área, que geraram, não só estas definições, mas também levaram à descoberta de formas mais eficazes de tratamento desta problemática.

2. O surgimento de novas formas de tratamento em saúde mental

Ao longo da história da saúde mental, os problemas psiquiátricos foram acompanhados pela medicina, a qual, inicialmente, reconhecia efeitos terapêuticos em ervas, poções e, até, em rituais de feitiçaria, uma vez que se acreditava que este tipo de problemas tinha a sua origem em causas sobrenaturais (Espinosa, 1998). Devido a este facto, durante décadas, as pessoas com problemas psiquiátricos não conseguiam recuperar, sendo alvos de tratamentos dolorosos, que causavam, não só pouco efeito sobre o sofrimento psíquico como, em determinados casos, aumentavam a incapacidade destes indivíduos (Ruiloba, 2002). Mais tarde, na década de 50, ocorreu uma das grandes revoluções no tratamento de pessoas com patologia psiquiátrica, a qual se ficou a dever à descoberta de alterações somáticas que estão na origem de alguns problemas psiquiátricos, bem como ao desenvolvimento da psicofarmacologia (Espinosa, 2002). Estas mudanças na medicina, vieram melhorar o estado dos indivíduos com doença mental, diminuindo o sofrimento destes indivíduos e a utilização de métodos de tratamento coercivos (Espinosa, 2002).

Um conjunto de mudanças e evoluções conceptuais e práticas, levaram a que, atualmente, a doença mental seja tratada de uma forma mais eficaz (Espinosa, 1998). Ruiloba (2002), destaca cinco grandes áreas da atual intervenção em saúde mental, sendo estas: a área médica, a comportamental, a psicodinâmica e a social.

No que se refere à área social, apenas há poucos anos se começou a ponderar o seu papel na saúde mental dos indivíduos. Uma bordagem recente, denominada de “Saúde Mental Comunitária”, veio revelar os benefícios de se intervir no campo da saúde mental em termos comunitários (Ornelas, 2008).

2.1. Saúde mental comunitária

Para além das evoluções que se verificaram em termos do tratamento farmacológico das doenças psiquiátricas, anteriormente referido, houve todo um desenvolvimento do envolvimento sociocultural, que propiciou uma mudança notória na abordagem da saúde mental.

Durante o Pós-Guerra, a “constatação de que a situação de guerra tinha desencadeado muitos problemas de saúde mental nos militares, conduziu à ideia de que a doença mental na população civil poderia ser também uma reação às tensões, dificuldades e difíceis condições de vida” (Levine, 1981, *cit. in* Ornelas, 2008). Perante este facto, e baseando-se conceptualmente em métodos e modelos desenvolvidos durante a II Guerra Mundial, começa-se a defender que a prestação de apoio e cuidados em saúde mental deveria localizar-se estrategicamente no local onde os problemas ocorrem, devendo este apoio ser proporcionado de forma tão breve quanto possível (Ornelas, 2008). Assim, em várias nações, iniciou-se um processo de reformulação na assistência em psiquiatria (ex.: Psiquiatria Institucional na França, Comunidade Terapêutica na Inglaterra, Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e Psiquiatria Democrática na Itália) que visava a desospitalização/desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, permitindo o seu contacto com a família e com a comunidade (Moreno & Alencastre, 2003).

Surge, assim, uma nova abordagem nos cuidados de saúde mental, a qual foi enfatizada, em 1963, pelo presidente Kennedy, quando, num Congresso americano, apresentou um conjunto de propostas de mudança, onde “defendia a reintegração dos doentes mentais na comunidade e apelava à adopção duma perspectiva preventiva do sofrimento humano e à promoção de uma visão positiva da doença mental” (Ornelas, 2008, p.31).

Aos poucos, esta abordagem foi ganhando relevo e adeptos, originando concepções e formas de intervir perante a doença mental bastante distintas das defendidas até então, uma vez que agora começam a considerar que “os cuidados a prestar aos doentes mentais e a todos os cidadãos deveriam ter lugar nas suas comunidades, evitando o seu isolamento em instituições distantes e por períodos longos e indeterminados” (Ornelas, 2008, p.81). Um dos movimentos sociais que se entrega à concretização desta causa é a Saúde Mental Comunitária que é caracterizada por Rappaport (1977, *cit. in* Ornelas, 1997), como assumindo:

uma abordagem dos problemas comunitários que rejeita a noção de défice, e defende o princípio do ajustamento do indivíduo ao seu meio, da relatividade cultural e da diversidade, que transforma o objetivo da intervenção social no fornecimento de recursos materiais, educacionais e psicológicos de suporte, aos indivíduos e grupos de uma comunidade que assim, podem viver segundo formas diferenciadas da sociedade em geral (p.376).

Deste movimento, nasceu uma nova forma de ver a saúde mental, caracterizada pela valorização da vida social das pessoas com problemas psiquiátricos, até então ignorada. Nesta altura, a reabilitação psicossocial e integração passaram a ser os dois conceitos que nortearam a organização de serviços comunitários de saúde mental em várias vertentes (algumas mais bem sucedidas do que outras), dando origem a reformas psiquiátricas na Europa e na América (Macías, 2011). Essas reformas dão-se no sentido de um maior investimento na reabilitação psicossocial em saúde mental, envolvendo mudanças significativas nas abordagens políticas, sociais e científicas de gestão da doença mental (Lopez, Laviana, 2007, *cit. in* Macías, 2011).

Assim, nos últimos 50 anos, têm-se dissipado crenças desajustadas sobre a doença mental e reforçado a importância da integração comunitária e recuperação destes doentes (Burns-Lynch, Salzer & Baron, 2010). Esta mudança de perspectiva ficou também a dever-se a fatores como: a persistente defesa da saúde mental, o desenvolvimento do campo de reabilitação psiquiátrica e os sucessos de muitos indivíduos, recuperados do seu problema psiquiátrico, que assumem papéis ativos e valorizados (Burns-Lynch, Salzer & Baron, 2010).

Atualmente a integração comunitária de pessoas com doença mental grave, começa a ser um valor, um princípio e um dos principais objetivos da política de saúde mental comunitária (Carling, 1996; Flynn & Aubry, 1999; Fellin, 1993, *cit. in* Wong & Solomon,

2002 e Wong, Matejkowski & Lee, 2011). Uma vez que, segundo Jacobson e Greenley (2001, *cit. in* Perkins, Raines, Tschopp & Warner, 2009) a recuperação de pessoas com doença mental, envolve, não só fatores internos, mas, também, fatores externos, como a interação com o ambiente. Assim, a participação e a integração comunitária passam a ser fatores valorizados no processo de recuperação de indivíduos com problemas psiquiátricos (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher, 2007, *cit. in* Perkins, Raines, Tschopp & Warner, 2009)

Embora, se tenha reconhecido a necessidade de mudar alguns procedimentos em termos da recuperação psicossocial dos doentes psiquiátricos, bem como se tenham dado os primeiros passos neste sentido, o processo de mudança tem sido gradual existindo a necessidade de reajustar programas de intervenção e enfrentar vários obstáculos que se colocam a esta nova abordagem (Ornelas, 2008; Macías, 2011).

Burns-Lynch, Salzer, e Baron (2010) reconhecem que muitas pessoas com perturbações psiquiátricas não têm participado na vida em comunidade devido ao facto de a sociedade lhes fechar as portas e às características dos sistemas de saúde mental que, por vezes, não favorecem essa integração. De acordo com os mesmos autores, o trabalho para promover a integração comunitária de pessoas com doença mental, terá de passar necessariamente pelos dois aspetos supracitados (as condicionantes postas pela sociedade e os moldes dos serviços psiquiátricos oferecidos) e também pelo reconhecimento da existência de uma ampla gama de oportunidades que podem ser determinantes para integrar estes indivíduos na vida comunitária. Essas oportunidades que passam pelos seguintes domínios: habitação, emprego, vida social e familiar, atividades cívicas e recreativas, religião e independência financeira (Burns-Lynch, Salzer & Baron, 2010). Assim, torna-se importante investir nestes domínios que permitem a conexão com outros indivíduos e organizações da comunidade, visto que a integração comunitária tem sido apontada como um aspeto importante para a recuperação e bem-estar de pessoas com doença mental (Wong, Matejkowski & Lee, 2011; Burns-Lynch, Salzer, & Baron, 2010 e Perkins, Raines, Tschopp & Warner, 2009).

Deste modo, e de acordo com o Relatório Mundial de Saúde (2002), poderá dizer-se que, nos últimos anos, o modelo de cuidados em saúde mental tem sofrido grandes alterações, que se tornam evidentes pela substituição da institucionalização por uma abordagem baseada nos cuidados comunitários. Essas mudanças na área da saúde mental, só foram possíveis devido aos grandes progressos nos tratamentos, que passaram a ser

aplicados de uma forma clinicamente significativa e integrada, conjugando intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais (RMS, 2001). Contudo, ainda existe um longo caminho a percorrer, no que diz respeito à recuperação psicossocial de pessoas com transtornos mentais, nomeadamente no que se refere à integração comunitária destes indivíduos.

No que se refere à realidade de saúde mental Açoriana, o Programa Regional de Saúde Mental (2009-2012) (PRSM) indica que o:

aumento da prevalência das doenças mentais e a morbilidade associadas e ainda os elevados custos que determinam, nomeadamente a cronicidade e incapacidade das mesmas, constituem um motivo para a tomada de medidas de promoção da saúde e prevenção das referidas doenças (p.3).

Assim sendo, a Direção Regional da Saúde apresenta um conjunto de estratégias e medidas a adotar no sentido de responder de uma forma mais eficaz a esta realidade, realçando que toda a intervenção em saúde mental deverá ser realizada numa “perspetiva de mudança gradual do paradigma assistencial no sentido de uma abordagem preferencialmente comunitária” (PRSM, 2009, p.9).

3. Integração comunitária em saúde mental

A integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos, é um conceito recente, que ainda se encontra pouco explorado na literatura, o que se deve ao facto de apenas há poucos anos se ter começado a falar na integração comunitária destes indivíduos. Visto que até então, as pessoas com doença mental eram isoladas do contacto social, pois acreditava-se que a família e a comunidade poderiam ser fatores negativos para a recuperação do doente (Pereira, Labate & Farias, *cit. in* Spadini & Souza, 2006). Atualmente defendesse o oposto, reconhecendo-se os benefícios que a integração comunitária poderá trazer ao indivíduo com doença mental.

Antes de desenvolver a temática da integração comunitária torna-se importante explorar o conceito de comunidade.

O **conceito de comunidade** tem vindo a evoluir com os tempos e possui múltiplas definições, não existindo um consenso a este nível. Na visão tradicional de comunidade apresentada por Webber (1964, *cit. in* Bradshaw, 2008) esta é definida pelo lugar onde se

vive e, conseqüentemente, onde se encontra interações comunitárias e relações sociais significativas.

Atualmente a comunidade tem vindo a ser conceituada de uma forma mais abrangente, não cingindo a definição de comunidade aos limites geográficos onde o indivíduo reside, mas definindo-a em termos de redes de pessoas ligadas por uma identidade compartilhada e um conjunto de normas (Bradshaw, 2008).

De acordo com Vidal (2007) “comunidade” e “comunitário” fazem referência a algo comum, sendo que o seu significado final dependerá da quantidade e qualidade do que é compartilhado. Com base nisso, Vidal (2007) considera que se pode propor um “continuo de comunidade” à volta do qual se situam os vários conceitos de comunidade, esse continuo poderá ser caracterizado por: rede de relações; interação; cultura compartilhada; fraternidade; comunhão e identidade coletiva. A comunidade também é definida como um processo de ações inter-relacionadas através das quais os membros de uma população local expressam um sentimento comum de identidade enquanto se envolve nas preocupações comuns da vida (Theodori, 2005).

Recentemente surgiu um novo conceito de comunidade denominado de “comunidade pós-lugar” (*post-place community*) em que as características essenciais da comunidade são as relações sociais (solidariedade ou obrigações) entre as pessoas. De acordo com esta perspectiva a perda de identidade local não implica a perda de comunidade, visto que hoje as relações interpessoais são cada vez mais globais, não implicando necessariamente a ligação a um espaço geográfico (Bradshaw, 2008).

3.1. Definição de integração comunitária de pessoas com doença mental

À semelhança da definição de comunidade, a definição de integração comunitária de pessoas com doença mental começou por estar intimamente ligada ao lugar, uma vez que, inicialmente, a integração comunitária dizia estritamente respeito ao local onde o indivíduo residia, considerando-se integrados os indivíduos que viviam numa habitação fora de hospitais psiquiátricos ou de outras instituições de tratamento (Rosenblatt & Mayer, 1974, *cit. in* Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007). Com o tempo o conceito de integração comunitária de pessoas com doença mental foi-se alargando abrangendo outras dimensões da vida do indivíduo.

O conceito de integração comunitária, foi-se construindo em torno duma noção de cidadania comum, que defende que as pessoas com problemas psiquiátricos devem possuir

os mesmos direitos que os seus pares sem deficiência, (Racino, 1995, *cit. in* Wong & Solomon, 2002) envolvendo-se na vida social da mesma forma que a restante comunidade (Wong, Metzendorf & Min, 2006). E em termos gerais a integração comunitária poderá ser designada como a medida em que um indivíduo vive, participa, e socializa na sua comunidade (Wong & Solomon, 2002).

A integração comunitária de pessoas com doença mental, também é definida como um processo pelo qual um indivíduo estabelece e mantém relações interpessoais significativas, pelo intercâmbio com membros da comunidade em ambientes não clínicos (Wong, Matejkowski & Lee, 2011). Deste modo, a integração implica que a pessoa se liberte do papel de paciente psiquiátrico que vive em contextos protegidos, passando a ter uma postura independente da doença, assumindo a sua autogestão e o papel de adulto “normal”, (Carling, 1995; Nelson, Lord, & Ochocka, 2001, *cit. in* Bond, Salyers, Rollins, Rapp & Zipple, 2004).

Segundo vários autores (Weiner, Roe, Mashiach-Eizenberg, Baloush-Kleinman, Maoz & Yanos, 2010), a integração comunitária define-se pelo grau em que os indivíduos com doença mental têm oportunidade de tirar proveito dos recursos existentes na comunidade. Assim, para que se dê a integração efetiva, é necessário que estes usufruam das oportunidades e benefícios sociais que todos os membros da sociedade têm ao seu dispor (Aubry & Myner, 1996; Prince & Prince, 2002, *cit. in* Wong, Metzendorf, & Min, 2006). As oportunidades disponibilizadas a este grupo desfavorecido em consequência da sua doença, enquadram-se no conjuntos de valores da integração comunitária, visto que estes valores defendem, que as pessoas com experiência de doença mental devem ter acesso aos mesmos contextos e recursos que qualquer pessoa, tendo a possibilidade de “escolher onde querem viver, trabalhar, estudar e socializar em conjunto com outras pessoas que não tenham experiência de doença mental, para benefício mútuo” (Ornelas, 2007, p.8). Assim sendo, Bond e seus colaboradores (2004) consideram que um teste rigoroso para determinar se está a decorrer um processo real de integração, é verificar se os indivíduos não estão a ser direcionados para configurações protegidas, que não fazem parte dos contextos comunitário “normais”.

A ocorrência de integração comunitária de pessoas com perturbações psiquiátricas depende muito das características da comunidade envolvente. Segundo Taylor, Biklen e Knoll (1987, *cit. in* Wong, Metzendorf & Min, 2006) prevê-se que uma comunidade favorável à integração seja inclusiva, desperta para a aceitação da diferença e caracterizada

por uma postura não-discriminatória perante pessoas com problemas psiquiátricos e outras populações geralmente marginalizadas. Contudo, Yanos, Stefanic e Tsemberis (2011) consideram que pouco se sabe, ainda, sobre os potenciais de integração comunitária existentes nas comunidades onde as pessoas com doença mental grave tendem a viver, visto que apenas alguns estudos comparam a integração de pessoas com doença mental com a de outros membros da comunidade.

Atualmente, tem-se revelado possível a concretização da integração comunitária de pessoas com doença mental, tal como é conceituada, contrariamente ao que se pensava há algumas décadas atrás, na medida em que estes indivíduos, ao terem acesso a recursos e suportes adequados às suas necessidades e estados de saúde, poderão assumir papéis e estilos de vida como membros participantes da comunidade (Wong, Metzendorf & Min, 2006) que se afirmam nas suas várias dimensões.

3.2. Dimensões da integração comunitária

Como vimos anteriormente, a integração comunitária de pessoas com doença mental é uma abordagem relativamente recente, que surge com as reformas nos serviços psiquiátricos. Assim sendo, poderá dizer-se que as dimensões deste conceito ainda estão a começar a ser exploradas e estudadas, sendo raras as referências bibliográficas que exploram esta temática.

Inicialmente a integração comunitária foi concebida como unidimensional focando-se na medida em que as pessoas com doença mental participam e usam os recursos da comunidade (Segal & Aviram, 1978, *cit. in* Wong, & Solomon, 2002). Atualmente, já são reconhecidas outras dimensões na integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, uma vez que, se começa a considerar que estes indivíduos tenham compromissos sociais, sejam percebidos como membros da comunidade, interajam com os vizinhos e outros indivíduos da sua comunidade (Flynn & Aubry, 1999, *cit. in* Wong, & Solomon, 2002) bem como, tenham acesso e disfrutem das oportunidades disponíveis na comunidade como todas as outras pessoas (Salzer, 2005). Contudo, a literatura sobre saúde mental tem dado pouca atenção à medida e definição destas dimensões (Wong & Solomon, 2002), estando apenas agora a ser iniciada a discussão acerca destes aspetos (Yanos, Felton, Tsemberis & Frye, 2007).

Numa das conceptualizações de integração comunitária esta é considerada um construto multidimensional que inclui elementos objetivos e subjetivos. Os primeiros

elementos referem-se a aspetos como as catividades que o individuo desenvolve fora da sua residência e em contacto com outros membros da comunidade. Os segundos, a sentimentos de pertença, ao significado individual dado pelo doente aos contactos sociais, a percepção que o individuo com doença mental tem da sua influência sobre a comunidade e o investimento emocional mútuo entre o individuo doente e a comunidade (Jacobson & Greenley, 2001 e Minnes *et al.*, 2001, *cit. in* Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008).

Vários autores (Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011; Wong, Matejkowski & Lee, 2011; Abdallah, Cohen, Sanchez-Almira, Reye & Ramirez, 2009; Reyes & Ramirez, 2009; Townley, Kloos & Wright, 2009; Gulcur, Tsemberis, Stefanic & Greenwood, 2007, Yanos, Felton, Tsemberis & Frye, 2007; e Wong, Metzendorf & Min, 2006) têm dado relevo ao modelo multidimensional de integração comunitária referido por Wong e Solomon (2002) que abrange os elementos objetivos e subjetivos anteriormente referidos, agrupando-os em três dimensões da integração comunitária que são: física, social e psicológica e incluem os principais aspetos que são apontados como definidores de integração. De seguida passaremos a explorar com maior pormenor cada umas destas dimensões.

3.4. Dimensão física, social e psicológica da integração comunitária

Aubry e Myner (1996) foram os primeiros autores a apresentar a integração comunitária como um conceito multidimensional composto por três dimensões (física, social e psicológica) (Wong & Solomon, 2002). Para estes autores, a integração é vista como a capacidade das pessoas com doença mental cumprirem as atividades da vida diária (integração física), procurarem estabelecer interações com outros membros da comunidade “não deficientes” (integração social), e possuírem um sentimento de pertença em relação às suas comunidades (integração psicológica) (Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008).

Wong e Solomon (2002) realizaram um estudo onde analisam a forma como o conceito de integração comunitária foi definido e operacionalizado em vários estudos da área de saúde mental. A partir desta análise, Wong e Solomon (2002) criaram um modelo que conceptualiza a integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos, como multidimensional, promovendo a noção, inicialmente referida por Aubry e Myner (1996), de que a integração comunitária é composta pelas dimensões física, social e psicológica (Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011, Yanos, Felton, Tsemberis & Frye, 2007, Gulcur, Tsemberis, Stefanic & Greenwood, 2007).

Wong e Solomon (2002) consideram fundamental a existência de uma definição ampla e clara de integração comunitária para a construção de um modelo conceptual, que decifre quais as características ambientais (habitação e serviços de suporte) que influenciam a integração de pessoas com problemas psiquiátricos. De acordo com os mesmos autores, essa definição não se poderá cingir à presença física do indivíduo na comunidade, devendo também incluir a capacidade do indivíduo em manter relações sociais com outros indivíduos da comunidade e o desenvolvimento de um sentido de eficácia e de pertença em relação à sua comunidade. Assim, Wong e Solomon (2002) defendem que o conceito de integração comunitária deve integrar três dimensões e, recorrendo a diversos autores, definem a integração comunitária de pessoas com doença mental, da seguinte forma:

Integração Física: avalia em que medida um individuo com problemas psiquiátricos passa o seu tempo fora de casa, participa em atividades comunitárias e utiliza os recursos da comunidade, por auto-iniciativa (Segal et al., 1980, *cit. in* Wong & Solomon, 2002).

Integração Social: este tipo de integração possui duas sub-dimensões, uma de interação e outra de rede social. A **dimensão de interação** refere-se à forma como um individuo com patologia mental se envolve em interações sociais com outros membros da comunidade (sem problemas da mesma natureza) em contextos normativos (em vez de contextos protegidos destinados apenas a pessoas com limitações) (Wolfensberger & Thomas, 1983, *cit. in* Wong & Solomon, 2002). Segundo os mesmos autores, a avaliação desta dimensão deve ser feita em termos da quantidade e qualidade das interações que o individuo com patologia, estabelece com outros membros da comunidade. Por sua vez, a **dimensão rede social** avalia em que medida a rede social do indivíduo com problemas psiquiátricos reflete um tamanho adequado e uma multiplicidade de papéis sociais avaliando, também, se as relações sociais do indivíduo refletem um apoio positivo e de reciprocidade, em vez de *stress* e dependência (Fellin, 1993 e Storey, 1993, *cit. in* Wong & Solomon, 2002, p.10).

Integração Psicológica: diz respeito à forma como o individuo se vê como membro integrante da sua comunidade, expressa uma ligação emocional aos vizinhos, acredita na sua capacidade para satisfazer as suas necessidades a partir da vizinhança, bem como de exercer influência sobre a sua comunidade (Aubry & Myner, 1996; McMillan & Chavis, 1986, *cit. in* Wong & Solomon, 2002, p.10).

As definições das várias dimensões de integração comunitária, apresentadas por estes autores, revelam uma conceituação que inclui os aspetos tangíveis e intangíveis da

integração, visto que incluem uma visão ampla da vida comunitária, a qual abrange aspectos simples, como a ida às compras, até aos aspectos mais complexos como o sentimento de pertença à comunidade (Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007). Apesar de algumas investigações anteriores à dos autores deste modelo já terem estudado vários aspectos da integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos, Gulcur, Tsemberis, Stefancic e Greenwood (2007), defendem que Wong e Solomon (2002) são os únicos autores a propor uma estrutura multidimensional, que combina dimensões previamente conceituadas com uma matriz conceptualmente coerente de fatores ambientais que influenciam a integração, o que fez com que o quadro de integração comunitária sugerido por Wong e Solomon (2002) se tenha tornado num modelo de referência no campo da saúde mental.

Gulcur, Tsemberis, Stefancic e Greenwood (2007) realizaram um estudo onde operacionalizam o conceito de integração comunitária de pessoas com doença mental. A análise fatorial, realizada no referido estudo, apoiou uma definição de integração que inclui os domínios psicológico, físico e social, definidos por Wong e Solomon (2004), mas também sugeriu a existência de um outro fator, a independência / auto-realização. Contudo, os autores deste estudo (Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007) não referem os aspetos definidores deste último fator.

4. Fatores que influenciam a integração de pessoas com doença mental

O processo de integração comunitária de pessoas com perturbações psiquiátricas, poderá ser influenciado por vários fatores, fatores esses que ainda se encontram em análise. Segundo Wong e Solonom (2002), ainda pouco se sabe sobre quais os fatores, (individuais, comunitários e de suporte social) que permitem uma integração comunitária bem-sucedida de pessoas que sofrem de graves problemas de saúde mental, por exemplo as que estiveram institucionalizadas durante um longo período de tempo ou que se encontram em situação de sem abrigo.

Alguns estudos têm apontado determinados fatores como catalisadores ou inibidores da integração comunitária, contudo os estudos realizados são de pequena dimensão e foram aplicados em contextos específicos, deste modo será arriscado tomarem-se estes fatores como absolutos e generalizáveis. Apesar destas limitações, passaremos à análise dos dados retirados destas investigações por considerarmos que os mesmos são indicadores

importantes e que devem ser tidos em consideração nos estudos que tratam as questões da integração comunitária.

Seguidamente serão apresentados cada um dos fatores, que segundo a literatura, exercem algum tipo de influência sobre a integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos, sendo estes fatores os seguintes: idade; género; gravidade do problema psiquiátrico; interações entre doentes psiquiátricos e outros membros da comunidade; nível económico; tipo de habitação onde o indivíduo vive; características do contexto; estigma; auto-estigma; características dos serviços de saúde mental; tempo de internamento; independência; controle que o indivíduo tem sobre a sua própria vida; *empowerment*; competências sociais e sentimento de comunidade.

Estudos menos recentes (Kruzich, 1985 e Segal, Everett-Dille, 1980, *cit. in* Abdallah *et. al*, 2009) revelam que a **idade** do indivíduo com doença mental influencia os seus níveis de integração comunitária, sendo os indivíduos mais jovens os que possuem maiores níveis de integração. Um estudo realizado por Abdallah e colaboradores (2009) aponta para o facto de idosos com esquizofrenia apresentarem níveis mais baixos de integração comparativamente à população geral com a mesma idade. O mesmo estudo de Abdallah e colaboradores (2009) mostra a existência de uma melhor integração comunitária entre indivíduos do **sexo feminino**, fator que poderá estar relacionado com o facto de, tal como sugerem Gulcur, Tsemberis, Stefancic e Greenwood (2007), haver uma associação entre o sexo feminino e a independência.

A **gravidade do problema psiquiátrico** e a extensão do mesmo ao nível da perturbação comportamental exibida pelo indivíduo, foram identificadas como fortes preditores da aceitação do doente por parte da comunidade (Aubry, Tefft, & Currie, 1995; Ingamells, Goodwin, & John, 1996, *cit. in* Wong, Metzendorf & Min, 2006). Vários estudos (Silverman & Segal, 1994; Timko & Moos, 1998 e Abdallah *et. al*, 2009) apontam para a existência de associações positivas entre níveis mais baixos de **sintomas psicopatológicos** e integração comunitária, o que está em consonância com os resultados do estudo de Abdallah e colaboradores (2009) que demonstram que comportamentos anormais estão associados a uma diminuição na integração comunitária.

Apesar **das interações entre doentes psiquiátricos e outros membros da comunidade** serem um dos principais fatores apontados como essenciais à integração comunitária, poucos têm sido os relatos que se referem a essas interações ou às percepções

que os seus intervenientes têm a este respeito (Boydell, Gladstone, Crawford & Trainor, 1999).

Leff e Warner (2008) realçam a importância que o **emprego** poderá ter nos indivíduos com problemas psiquiátricos, não só em termos da sua recuperação mas, especialmente, ao nível da sua integração comunitária, pelas seguintes razões:

o ambiente de trabalho oferece a oportunidade de criar amizades, confere uma estrutura ao dia, aumenta a auto-estima do doente e proporciona a existência de rendimentos, o que permite que a pessoa fuja à armadilha da pobreza. Todas estas vantagens são negadas ao doente mental grave que não consegue encontrar um empregador compreensivo (Leff & Warner, 2008, p.25).

Os mesmos autores reconhecem as dificuldades que as pessoas com doença mental têm em conseguir emprego, especialmente em locais onde o desemprego é elevado.

No que diz respeito à influência dos níveis económicos, Abdallah e colaboradores (2009), identificaram a relação entre **níveis económicos** e integração comunitária, sugerindo que a melhoria do bem-estar financeiro influencia positivamente a integração comunitária de pessoas com doença mental, sugerindo que a melhoria do bem-estar financeiro influencia positivamente esta integração.

O tipo de **habitação** onde o indivíduo vive é mais um dos fatores que influencia a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos pois, tal como, referem Browne & Hemsley (2010), viver em condições habitacionais desadequadas faz com que o indivíduo tenha menos possibilidades de manter outros recursos, tais como relações e atividades significativas. Por outro lado, habitações localizadas em contextos comunitários, onde o indivíduo tem a possibilidade de ter um contacto mais próximo com ambientes normalizados, têm vindo a ser apresentadas pela literatura como fundamentais à integração comunitária em saúde mental (Wong & Solomon, 2002; Wong & Stanhope, 2009; Kloos & Shah, 2009). O reconhecimento de que o acesso a um espaço habitacional estável, associado a um apoio adequado, poderá trazer um conjunto de vantagens para os indivíduos com doença mental, levou a que, ao longo dos tempos, e em diversos países, tenham sido desenvolvidos vários programas de apoio à habitação (*community residential programs* e *supportive housing*), que têm como finalidade máximar a autonomização e integração comunitária de pessoas com doença mental (Moniz, 1997 e Wong, Metzendorf & Min, 2006).

Wong e Solomon (2002) afirmam que as **características do contexto** onde o indivíduo está inserido são um fator importante na integração comunitária. De entre estas características, Segal e Aviram (1978, *cit. in* Jivanjee, Kruzich, & Gordon, 2008) destacam as características da vizinhança, a distância e a facilidade de acesso a recursos comunitários como condicionantes da integração de pessoas com doença mental.

Vários autores (Wong & Solomon, 2002 e Depla, Graaf & Busschbach *et. al* 2003, *cit. in* Abdallah, Cohen, Sanchez-Almira, Reyes & Ramirez, 2009) referem que contextos com uma grande concentração de outras pessoas com perturbações psiquiátricas não são favoráveis à integração, visto que, segundo Wong e Solomon (2002), tem a tendência de diminuir a possibilidade de compromissos sociais e a interação com outros membros da comunidade. Por outro lado, o facto de o indivíduo portador de patologia mental viver em contextos propícios ao contacto com outros membros da comunidade em ambientes normalizados pode diminuir os níveis de estigma (Carling, 1990 e Wong & Solomon, 2002 *cit. in* Kloos & Shah, 2009) e, conseqüentemente, promover a sua integração comunitário. O que vai ao encontro do que Leff e Warner (2008) defendem, uma vez que, segundo estes autores, os ambientes não institucionais são mais propícios ao aumento da qualidade das redes sociais dos indivíduos com doença mental.

O **estigma** relativo à doença mental é definido como um conjunto de crenças, atitudes e percepções da doença, “como uma característica indesejável que desconsidera a pessoa e que pode resultar em comportamentos sociais de distanciamento e discriminação” (Jones, 1984 e Link & Phelan, 2001 *cit. in* Kobau, DiIorio & Chapman, 2010, p.164). Segundo Perlick (2001, *cit. in* Kondrat & Early, 2011) o estigma associado à doença mental tem um efeito real, duradouro e negativo sobre o bem-estar social e psicológico das pessoas oficialmente rotuladas com uma doença mental grave. Deste modo, o estigma associado à doença mental é apontado como sendo um fator que dificulta a integração comunitária de indivíduos com estas patologias (Moldovan, 2007; Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008), principalmente porque é um tipo de estigma que supera o estigma associado a outras condições, devido às debilidades provenientes das perturbações psiquiátricas serem tidas como mais incapacitante (Thompson *et. al, cit. in* Moldovan, 2007). Para além disso, o estigma vem condicionar vários aspetos essenciais à integração, nomeadamente, por aumentar, quer a possibilidade de isolamento, quer o surgimento das dificuldades em arranjar emprego (Henry & Lucca, 2004, *cit. in* Moldovan, 2007). Pode, ainda, causar

danos nas relações familiares e de amizade do indivíduo (Wahl & Harman, 1989, *cit. in* Moldovan, 2007).

O **auto-estigma** também se tem revelado um fator que dificulta a integração comunitária de pessoas com patologia psiquiátrica (Leff & Warner, 2008). Segundo Kondrat e Early (2011) e Livingston e Boyd (2010), os indivíduos que são diagnosticados com uma doença mental, poderão passar por um processo interno, chamado de auto-estigmatização, que consiste em o indivíduo acreditar que será rejeitado pelos membros da sociedade, por causa do rótulo que tem associado, e aceitar a avaliação negativa que a sociedade faz a seu respeito incorporando-a na sua forma de vida, o que resulta num sentimento de desânimo, e por vezes de auto-discriminação, que leva o indivíduo a isolar-se e a não procurar novas oportunidades para a sua vida. Como se pode verificar, o auto-estigma traz, ao indivíduo com perturbações psiquiátricas, um conjunto de experiências internas negativas, que o prejudicam a vários níveis, podendo atenuar a eficácia do seu tratamento e do seu processo de integração na comunidade (Rosenfield, 1997, *cit. in* Kondrat & Early, 2011).

A **vergonha associada à doença mental** é mais um dos fatores que dificulta o processo de integração comunitária de indivíduos com problemas desta natureza pois, de acordo com vários autores (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004; Birchwood et al., 2007; Rusch, Corrigan, Powell et. al., 2009 e Rusch, Holzer et al., 2006, *cit. in* Rusch et al., 2010), a vergonha tem sido apontada como uma característica central do auto-estigma e das reacções ao estigma, por: a) várias pessoas com problemas psiquiátricos associarem automaticamente a vergonha à doença mental, interpretando a sua discriminação de acordo com seus esquemas cognitivos, bem como, b) por a vergonha relacionada ao estigma da doença, constituir um fator de vulnerabilidade para o indivíduo aceitar o estigma como legítimo (Rusch et. al., 2010). Algumas destas evidências são confirmadas, num estudo realizado por Warner e King (2005, *cit. in* Leff & Warner, 2008), que exploraram as principais necessidades e dificuldades de um grupo de pessoas com problemas psiquiátricos do Brasil. Nesse estudo, a maioria dos participantes revelou ter vivido a experiência da discriminação, tendo sentido, nessa experiência, a necessidade de se retirarem do contacto social ou de se esconderem. Alguns dos participantes referiram que se aperceberam que, quando se sentiam inúteis, incapazes ou loucos, era quando interiorizavam o preconceito das outras pessoas. Outros participantes do estudo sentiram a necessidade de controlar o seu sentido de vergonha e de raiva para conseguirem responder

adequadamente às situações em que se sentiram discriminados (Warner e King, 2005, *cit. in* Leff & Warner, 2008).

Deste modo, o **estigma e o auto-estigma associado à doença mental** têm-se revelado uma barreira aos cuidados em saúde mental, vindo reduzir a qualidade de vida das pessoas com problemas psiquiátricos e suas famílias (Corrigan & Kleinlein, 2005, *cit. in* Hickling, Robertson-Hickling & Paisley, 2011), condicionando, assim, a sua plena integração na comunidade (Hickling, Robertson-Hickling & Paisley, 2011).

As **características e qualidade dos serviços de saúde mental**, bem como o **tempo de internamento**, condicionam os níveis de integração dos indivíduos com patologias mentais (Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008), na medida em que os efeitos deste tipo de serviços (serviços mal coordenados e inadequados, planos limitados e internamentos prolongados) são alguns dos aspetos que dificultam a integração comunitária dos indivíduos com doença mental (Delman & Jones, 2002 e Vander, Davis, Collins & Transition, *cit. in* Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008). Por outro lado, os serviços que promovem a independência e habitação normalizada têm vindo a ser apontados pela literatura menos recente (Hull & Thompson, 1981; Kruzich, 1985; Segal & Aviram, 1978; Van Wel *et al.*, 2003, *cit. in* Gulcur, Tsemberis, Stefancic, & Greenwood, 2007) como mais propensos à integração.

As várias descobertas realizadas na área da integração comunitária de pessoas com doença mental, podem servir para sensibilizar os serviços de saúde para a variedade de fatores individuais, organizacionais e comunitários que podem ajudar os indivíduos com doença mental e suas famílias (Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008).

A **independência** também tem vindo a ser apontada como um fator favorável à integração, na medida em que vários estudos (Hull & Thompson, 1981; Kruzich, 1985; Segal & Aviram, 1978; Van *et al.*, 2003 *cit. in* Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007) sugerem que a habitação e os serviços que enfatizam a independência promovem uma maior integração comunitária. Segundo vários investigadores (Diener 1984; Nieboer, Koolman & Stok, 2010; Owusu-Ansah, 2008; Reis, Sheldon, Gable, Roscoe & Ryan, 2000 & Bruggen, 1998, *cit. in* Broer, Nieboer & Bal, 2010), a independência também contribui para o bem-estar subjetivo dos indivíduos. Em tais estudos, a autonomia é geralmente definida como a “percepção de controlo” sobre as circunstâncias da sua vida, sendo o “controlo” referido como a obtenção dos objetivos

determinados, onde o indivíduo atribui os seus resultados às suas próprias ações e não ao acaso (Grob 2000; Schulz & Decker 1985, cit. in Broer, Nieboer & Bal, 2010).

Abdallah e colaboradores (2009) verificaram existir uma relação estatisticamente significativa entre a variável satisfação e **o controle que o indivíduo tem sobre a sua própria vida**, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Gulcur, Tsemberis, Stefancic e Greenwood (2007) que demonstram que a **possibilidade de escolha** e uma menor proporção de **rotinas rígidas** estão associadas a uma maior integração comunitária de indivíduos que sofrem de distúrbios psiquiátricos.

Deste modo, poderá dizer-se que a independência e o controlo que as pessoas com doença mental têm sobre a sua própria vida são dois fatores que se revelam determinantes na integração comunitária dos indivíduos com doença mental, para além disso, ambos os conceitos se relacionam com o conceito de **empowerment**, que é, também, um elemento importante na integração comunitária destes indivíduos (Ornelas, 2008).

O *empowerment*, segundo Rappaport (1987, cit. in Perkins & Zimmerman, 1995), é um processo pelo qual as pessoas ganham controlo sobre as suas vidas e uma maior participação na vida em comunidade. Este processo é considerado contínuo e centrado na comunidade local, envolvendo respeito mútuo, reflexão crítica, participação e acesso a recursos (Cornell Empowerment Group, 1989, cit. in Perkins & Zimmerman, 1995). Assim sendo, vários programas de reabilitação psicossocial de pessoas com perturbações psiquiátricas graves têm investido na promoção do *empowerment*, por reconhecerem as repercussões positivas que o *empowerment* poderá ter na vida social destes indivíduos (Ornelas, 2008).

Vários autores (Kieffer, 1984, cit. in Ornelas, 2008 e Abdallah, Cohen, Sanchez-Almira, Reye e Ramirez, 2009) referem que as **competências sociais** do indivíduo são um elemento fundamental para o exercício de interações pessoais e comunitárias de sucesso, tratando-se de um dos requisitos apontados como essenciais à promoção do *empowerment* e da integração comunitária de pessoas com doença mental. Deste modo, o treino de competências sociais é uma prática comum na intervenção em saúde mental, por mostrar benefícios em termos da reintegração destes indivíduos (Leff & Warner, 2008).

O **sentimento de comunidade** é outro dos fatores que parece influenciar a integração comunitária. Segundo Sarason (1974) (cit. in Ornelas, 2008), este conceito define-se como sendo um sentimento de pertença, em que a pessoa se percepção como parte

integrante e significativa de uma coletividade maior e de uma rede de relações interdependentes e de suporte mútuo, nas quais pode confiar e das quais pode depender.

O sentimento de comunidade tem vindo a ser estudado em diversas populações, contudo, existem poucos estudos que examinam o sentimento de comunidade entre os indivíduos com doença mental (Townley & Kloos, 2010). No entanto, e apesar desta escassez de estudos, o sentimento de comunidade é um dos construtos mais estudados pela psicologia comunitária, sendo referido por muitos autores como um aspeto que poderá ajudar a promover uma integração comunitária bem-sucedida de indivíduos com doenças mentais graves, na medida em que aumenta os sentimentos de relação e interdependência com outros membros da comunidade (Townley & Kloos, 2009). Townley e Kloos (2010), referem também que o sentimento de comunidade pode ser muito benéfico para o bem-estar e recuperação de pessoas com doença mental, influenciando a integração comunitária destes indivíduos das seguintes formas: aumentando o sentimento de relação e interdependência com outros membros da comunidade; encorajando o indivíduo com doença mental grave a envolver-se em questões importantes das suas comunidades; e fornecendo aos mesmos uma estrutura social estável e confiável (Aubry e Myner 1996; Cummins e Lau 2003; Townley e Kloos 2009, *cit. in* Townley e Kloos, 2010).

Outros dois fatores que poderão influenciar a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, são os **comportamentos submissos** e a capacidade dos indivíduos com problemas psiquiátricos satisfazerem as suas **necessidades psicológicas básicas**. Contudo, a literatura não apresenta evidências claras da influência destes fatores na integração, sendo um aspeto que carece de maior aprofundamento em estudos futuros.

Segundo Gilbert e Allan (1994, *cit. in* Akin, 2009), o aspeto central do **comportamento de submissão** é o facto do indivíduo se percepcionar inferior em relação ao outro, acreditando que os outros indivíduos possuem mais valor e direitos do que o próprio indivíduo. O comportamento de submissão, segundo estes autores, caracteriza-se por o indivíduo evitar ou fugir a expor aquilo que sente e não procurar alcançar as suas necessidades, especialmente em situações de conflito. Os indivíduos com estes comportamentos caracterizam-se, ainda, por não serem hostis e coercivos, negando ou simplesmente não impondo os seus sentimentos e crenças (Deluty, 1979, 1981, 1985, *cit. in* Akin, 2009). Este tipo de comportamento é frequente entre indivíduos com sintomas depressivos (Allan & Guilbert, 1997), o que poderá, não só diminuir os seus níveis de bem-estar e de desempenho, como também trazer algumas implicações para a integração

comunitária destes indivíduos. Deste modo, torna-se pertinente estudar em que medida os comportamentos submissos poderão influenciar a integração comunitária de pessoas com doença mental.

De acordo com a Teoria da Autodeterminação (teoria sobre a motivação humana que se preocupa com o desenvolvimento e funcionamento da personalidade em contextos sociais), as necessidades psicológicas são aspetos motivacionais que levam o indivíduo a comportar-se com vista à satisfação do que é crucial para a realização do seu bem-estar (Deci & Ryan, 2000; Maslow, 1954; Tay & Diener, 2011, *cit. in*. Molix & Nichols, 2013). Existem três necessidades psicológicas básicas: a autonomia, a competência e a relação. A **necessidade de autonomia** refere-se ao desejo do indivíduo participar em atividades onde tem possibilidade de escolha, refletindo um envolvimento num comportamento escolhido pelo próprio indivíduo (Charms, 1968; Deci & Ryan, 2000, *cit. in* Moutão, Alves & Cid, 2012). A **necessidade de competência** reflete o desejo do indivíduo para interagir de modo eficaz com o meio envolvente, sendo capaz de cumprir tarefas e atividades desafiantes (Deci & Ryan, 2000; White, 1959 *cit. in* Moutão, Alves & Cid, 2012). A **necessidade de relação** refere-se ao desejo do indivíduo estabelecer uma ligação com outras pessoas ou com determinado contexto social e traduz a necessidade de se desenvolverem sentimentos de pertença (Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 2000 *cit. in* Moutão, Alves & Cid, 2012).

De acordo com Molix e Nichols (2013), os indivíduos que gostam mais das suas comunidades sentem mais bem-estar, na medida em que, nestes casos, as suas comunidades propiciam meios para o indivíduo satisfazer as suas necessidades psicológicas básicas.

Tendo em conta as características deste modelo, poder-se-á depreender que os indivíduos que têm as suas necessidades psicológicas básicas satisfeitas, não só têm maiores níveis de bem-estar, como possuem níveis altos de integração comunitária, visto que a concretização das referidas necessidades implica o desenvolvimento de vários aspetos, propícios à integração comunitária de pessoas com doença mental. Contudo, esta questão não se encontra investigada, sendo um ponto que carece de uma maior atenção em estudos futuros sobre a integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos.

5. Impacto positivo da Integração Comunitária

A integração comunitária de pessoas com doença mental, começa atualmente a ser valorizada (Carling, 1996; Flynn & Aubry, 1999; Wong, Matejkowski & Lee, 2011) pelos impactos positivos que tem nestes indivíduos. Segundo um estudo, realizado numa universidade de Filadélfia (*Temple University*), acerca da inclusão comunitária, existe uma relação positiva entre a medida em que as pessoas sentem que têm a oportunidade de participar na comunidade (integração) e os níveis de bem-estar e recuperação relatados pelas mesmas (Burns-Lynch, Salzer, & Baron, 2010).

De acordo com a perspetiva da integração social e comunitária, as pessoas com problemas psiquiátricos têm a capacidade de assumir papéis, tanto de recetores como de prestadores de cuidados (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher, 2008 *cit. in* Wong, Matejkowski & Lee, 2011). Essa troca mútua, tão característica da integração social, é um fator que poderá ter impactos profundos no **bem-estar** dos indivíduos (Wong, Matejkowski & Lee, 2011). Numa perspetiva centrada nas capacidades do indivíduo, a integração social melhora a **qualidade de vida** das pessoas com perturbações psiquiátricas, preparando-as para a ação deliberada e escolha reflexiva (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher, 2008).

Hickling, Robertson-Hickling e Paisley (2011) revelaram que a integração comunitária **diminui o estigma associado à doença mental**, visto que os resultados obtidos num estudo sobre desinstitucionalização e atitudes sobre doença mental realizado na Jamaica, revelaram que o facto dos indivíduos com doença mental viverem fora de instituições, no seio das suas famílias e comunidades, diminui o estigma associado à doença, estando o estigma fortemente relacionado com o internamento prolongado em hospitais psiquiátricos.

A participação e a integração comunitária têm ainda se revelado fatores importantes no processo de *recovery* de pessoas com doença mental (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher, 2007, *cit. in* Perkins, Raines, Tschopp & Warner, 2009).

5.1. Integração e *recovery*

Recentemente, a integração comunitária ganhou uma maior atenção devido à sua relação com o *recovery* (Abdallah *et. al*, 2009), sendo que vários estudos apontam para o facto da integração comunitária facilitar os processos de *recovery* de pessoas com doença

mental. De acordo com vários autores (Jacobson & Greenley, 2001; Prince & Gerber *cit. in* Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008), poderá dizer-se que a integração comunitária e o *recovery* são conceitos que estão intimamente relacionados. Exemplo disso é a forma como o presidente da “New freedom commission on mental health” (2003, *cit. in* Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008) define *recovery*: processo em que as pessoas são capazes de viver, trabalhar, aprender e participar plenamente em suas comunidades” (p.403), sendo uma definição que se aproxima muito de outras definições de integração (Wong & Solomon, 2002).

Após a acumulação de evidências de longo prazo, provenientes do acompanhamento de estudos que demonstram que a maioria das pessoas com doença mental grave têm o potencial para conseguirem recuperar (Harding, Zubin, & Strauss, 1992 *cit. in* Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011), a visão de recuperação passou a ser mais evidenciada em documentos e iniciativas políticas (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, 2003, *cit. in* Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011) dando-se, paralelamente, a maximização da integração comunitária (Wong & Salomão, 2002 e Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011).

O *recovery* a que nos referimos diz respeito a um conceito abrangente, que vai para além das definições mais médicas que se referem ao *recovery* como sendo a recuperação completa, que implica cura ou ausência de doença (Lieberman, Drake, Sederer, Belger, Keefe, Perkins & Stroup, 2008). O *recovery* aqui mencionado diz respeito à área da saúde mental e tem em consideração as auto-percepções do indivíduo, os seus estados psicológicos, a sua auto-eficácia e auto-determinação, a esperança, a busca de objetivos individuais, a motivação e a participação na vida em comunidade (Bond *et. al*, 2004 e Lieberman *et. al*, 2008), mas não necessariamente a ausência de sintomas (Lieberman *et. al*, 2008).

O *recovery* tem vindo a ser definido como sendo tanto um processo como um resultado (Deegan, 1999; Onken, Dumont, Ridgway, Dormane & Ralph, 2002 e Ralph, 2000, *cit. in* Bond *et. al*, 2004). De acordo com uma definição menos recente de *recovery* (Strauss, Hafez, Liberman & Harding, 1985, *cit. in* Bond *et. al*, 2004) este refere-se a um percurso profundamente pessoal, sem um progresso linear, uma vez que está sujeito a períodos de avanços e recuos.

Nesta perspetiva de recuperação (e ao contrário do *recovery* numa perspetiva mais médica, em que as melhorias passam essencialmente por fatores biológicos), o indivíduo tem um papel ativo e fundamental no processo, que é visto como um processo de gestão de

uma doença mental. Este conceito de *recovery* implica que o indivíduo se mova para além dos efeitos psicológicos negativos de uma doença, prosseguindo uma vida pessoalmente significativa em comunidade (Mead & Cpeland, 2002 e Young & Ensing, 1999, *cit. in* Lieberman *et. al*, 2008). Deste modo, o *recovery* traduz-se num “processo de fortalecimento pessoal que ocorre através do controlo das pessoas sobre as decisões importantes que afetam a sua vida, duma maior participação comunitária e da (re)ativação de papéis sociais significativos ao nível do emprego, da educação ou da família” (Ahern & Fisher, 1999, *cit. in* Ornelas, 2008, p.114).

De acordo com esta perspetiva, a integração comunitária tem um papel crucial na facilitação e promoção dos processos de *recovery* (Ornelas, 2008), o que vai ao encontro de vários estudos (Ralph, 2005 e Liberman & Kopelowicz, 2005, *cit. in* Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011) que afirmam que a integração comunitária se refere objetiva e subjetivamente aos resultados associados ao *recovery*.

De acordo com Bond e colaboradores (2004) a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos trata-se de um dos elementos centrais do processo de *recovery*, existindo evidências de que a integração facilita determinados aspetos do *recovery* (Bond *et. al*, 2004). Este facto é confirmado por Salzer (2006, *cit. in* Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008) que afirma que a integração comunitária destes indivíduos está relacionada com as oportunidades para aumentar a presença na comunidade, a participação e o *recovery* e por Oken e colaboradores (2002, *cit. in* Bond *et. al*, 2004) que concluem que a integração comunitária frequentemente facilita o *recovery*. Contudo, de acordo com os mesmos autores o processo inverso também ocorre, visto que, segundo estes, a espiritualidade, esperança e auto-determinação podem traduzir-se em ação e levar a um aumento da integração, especialmente quando as pessoas com doença mental têm pessoas que as apoiam e acreditam nelas.

Apesar de existirem várias evidências de que a integração favorece a recuperação de pessoas com problemas psiquiátricos, esta perspetiva ainda se encontra pouco explorada, sendo que, para se ter uma visão mais clara e rigorosa deste fenómeno, serão necessários estudos longitudinais, que permitam avaliar os níveis de integração e o *recovery* dos indivíduos, ao longo do tempo e, assim, perceber se existe uma relação significativa entre uma variável e outra. Para isso, será necessário existirem metodologias e instrumentos eficazes na avaliação, tanto do *recovery*, como da integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos.

6. Conclusões

Durante muitas décadas, as doenças de foro psiquiátrico foram alvo de crenças erróneas e desconhecimentos que fizeram com que as pessoas com doença mental fossem tratadas de uma forma inadequada (Ruiloba, 2002). No entanto, os desenvolvimentos e evoluções realizadas ao nível da concepção e tratamento da saúde mental, tanto em termos da medicina psiquiátrica, como nos aspetos socioculturais, levaram a que, atualmente, as pessoas com doença mental tenham uma maior possibilidade de recuperar e desenvolver uma vida social semelhante à da população geral (Espinosa, 1998).

Com o surgimento de uma nova abordagem em saúde mental, que reconhece os benefícios do contacto social destes indivíduos, começa a existir um maior investimento na recuperação psicossocial de indivíduos com problemas psiquiátricos, nomeadamente, no que se refere ao seu processo de integração na comunidade (Ornelas, 2008). Deste modo, surgem alguns estudos onde este construto é explorado e conceptualizado de diversas formas, sendo o modelo de integração comunitária de Wong e Solomon (2002) um dos mais referenciados na literatura. Segundo este modelo, a integração é multidimensional, sendo composta por quadro dimensões (psicológica, social e física).

Apesar das evidências que demonstram o quanto a integração comunitária é importante para a recuperação de pessoas com doença mental, ainda pouco se sabe sobre os fatores que influenciam a integração comunitária de pessoas com doença mental (Wong & Solomon, 2002). Os escassos estudos que se debruçam sobre este aspeto, alguns deles referidos anteriormente, não estão suficientemente desenvolvidos, o que faz com que ainda seja difícil retirar grandes conclusões sobre quais os principais fatores que afetam a referida integração e de que forma a afetam. Assim, revela-se importante apostar em estudos que visem a identificação dos fatores que influenciam a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, pois é a partir do conhecimento destes aspetos que se podem realizar intervenções mais consistentes, no sentido da promoção da integração comunitária dos mesmos.

A importância da integração comunitária para as pessoas com doença mental é demonstrada a partir do impacto que esta tem no processo de *recovery* destas pessoas, uma vez que, atualmente, o *recovery* ou recuperação não é visto numa perspetiva meramente de ausência de sintomas psiquiátricos, alargando-se a aspetos como a qualidade da vida social dos indivíduos, onde a integração comunitária tem um papel crucial (Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011).

Por fim, é de realçar que ainda existe um longo percurso a percorrer na área da saúde mental, nomeadamente na concretização de estudos que gerem conhecimentos úteis ao desenvolvimento de intervenções sustentadas, que ajudem os indivíduos com doença mental a terem melhores níveis de interação comunitária.

Capítulo II

Estudo 1

Processo de construção e validação da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Perturbações Psiquiátricas (EIC-APP)

Capítulo II- Estudo 1-Processo de construção e validação da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Perturbações Psiquiátricas (EIC-APP)

1.Introdução

Após a realização da pesquisa bibliográfica aos poucos estudos existentes que abordam a integração comunitária de pessoas com doença mental, com o intuito de perceber que instrumentos têm sido utilizados para avaliar o referido construto, verificou-se a inexistência de um instrumento que avalie a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, em termos das várias dimensões constituintes da integração comunitária. Nos estudos revistos, (e.g. Abdallah *et. al* 2009; Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007) os autores recorreram a diversos instrumentos para avaliar o mesmo construto, sendo estes pouco recentes e de difícil acesso. Esta evidência foi confirmada a partir do estudo de Wong e Solomon (2002), que fez uma extensa revisão sobre a forma como o conceito de integração comunitária tem sido definido e operacionalizado em vários estudos da área de saúde mental, a qual se encontra sintetizada no Anexo 1. Estes autores apontam para a necessidade de se criar uma escala com capacidade para avaliar a multidimensionalidade da integração comunitária de pessoas com doença mental. Esta mesma necessidade foi apontada por um estudo mais recente (Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007), que também afirma a necessidade de, em estudos futuros, se analisar a integração comunitária de pessoas com doença mental de acordo com uma abordagem mais ampliada do modelo multidimensional de integração comunitária de Wong e Solomon (2002), sugerindo, ainda, a inclusão do fator independência/ autodeterminação.

Tendo por base algumas das diretrizes e sugestões apontadas pela literatura da área, procurou-se desenvolver um instrumento que incluísse as características necessárias para avaliar a integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos. Deste modo, o Estudo I da presente dissertação, destina-se à descrição do processo de elaboração e validação de um instrumento, que pretende medir a integração comunitária de adultos com problemas psiquiátricos. A criação desta escala deveu-se à inexistência de instrumentos que avaliam este construto junto de doentes psiquiátricos, bem como ao reconhecimento da necessidade de desenvolver ferramentas de investigação úteis à concretização de estudos nesta área.

Com o Estudo I pretende-se verificar se a referida escala reúne ou não as qualidades psicométricas adequadas para medir a integração comunitária de um grupo de pessoas com problemas psiquiátricos residentes no Grupo Oriental da Região Autónoma dos Açores (ilhas de Santa Maria e São Miguel).

2. Objetivos

Tal como referimos anteriormente, o presente estudo tem como principal objetivo a construção e validação da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos (EIC-APP), numa amostra de indivíduos açorianos com doença mental. Tendo em conta os procedimentos recomendados para a concretização da validação de um instrumento de medida, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

2. Construir e validar a EIC-APP;
 - 2.1. Analisar a validade de construto dos itens criados para integrar a EIC-APP, junto de uma amostra de peritos;
 - 2.2. Verificar a adequação do instrumento;
 - 2.3. Conhecer a estrutura fatorial da EIC-APP;
 - 2.4. Verificar a existência de relação entre a última versão da EIC-APP e outras medidas convergentes e divergentes.

Na persecução dos objetivos específicos definidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H.1. Os resultados são favoráveis à adequação do instrumento;
 - H1.1. Os itens que constituem o instrumento apresentam boa validade de conteúdo;
 - H.1.2. O instrumento utilizado apresenta boas qualidades psicométricas no que diz respeito à consistência interna;
 - H.1.3. Os fatores encontrados explicam a maior parte da variância e a percentagem da variância explicada por cada fator distribui-se de forma parcimoniosa;
 - H.1.4. As pontuações mais elevadas na EIC-APP equivalem a pontuações mais elevadas em medidas convergentes;
 - H.1.5. As pontuações mais elevadas na EIC-APP equivalem a pontuações mais baixas em medidas divergentes.

3. Metodologia

3.1. Caracterização da amostra

O presente estudo foi desenvolvido junto de uma amostra de pessoas portadoras de patologia mental, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que residem há mais de 3 anos no Grupo Oriental da Região Autónoma dos Açores.

O acesso à referida amostra realizou-se através da parceria e com a colaboração de várias instituições: Serviço de Psiquiatria do Hospital Divino Espírito Santo (SP-HDES); Unidade de Saúde de Vila do Porto, Instituto para o Desenvolvimento Social dos Açores (IDSA), Associação Regional de Reabilitação e Inserção Sócio-Cultural dos Açores (ARRISCA), Associação para a promoção de saúde mental (ANCORAR) e outros serviços privados de saúde.

3.1.1. Critérios de inclusão e exclusão da amostra

De modo a que a amostra reunisse características adequadas aos objetivos deste estudo, durante o processo de recolha de informação foram tidos em conta os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos; residir na Região Autónoma dos Açores há mais de 3 anos, ter um diagnóstico psiquiátrico e estar a ser acompanhado por um médico ou psicólogo devido a esse mesmo problema.

Os indivíduos que não preenchiam todos os critérios de inclusão anteriormente referidos, não foram incluídos na amostra.

3.1.2. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra final do estudo é composta por 183 participantes, 72,7% (N=133) do sexo feminino e 27,3% (N=50) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 78 anos (M=44,26; DP=13,5).

Quanto ao **estado civil** 48,6% (N=89) dos participantes são casados; 22% (N=50) são solteiros; 13,1% (N=24) são divorciados, 7,1% (N=13) estão em união de facto e 3,8% (N=7) são viúvos.

Relativamente ao **meio onde os participantes vivem**, 35,5% (N=65) vivem em meio rural e 64,5% (N=118) vivem em meio urbano. O meio onde cada um dos indivíduos vive foi definido tendo em consideração a “Classificação das freguesias situadas em lugar urbano” (Anexo 2) e os dados dos Censos 2011 (Anexo 3).

No que se refere às **habilitações literárias** dos participantes, o nível de escolaridade com maior representatividade na amostra é o 3º ciclo completo (24,6%; N=31) seguido do 1º ciclo completo (21,3%; N=39). Para além disso, 19,7% (N=36) completaram o ensino secundário, 16,9% (N=31) o 2º ciclo, 12% (N=22) o ensino superior e 5,4% (N=10) não concluíram o 1º Ciclo.

O **nível socioeconómico** dos participantes, de acordo com os critérios de Almeida 1988 (Anexo 4), é predominantemente baixo visto que 81,4% (N=149) dos participantes possuem um nível socioeconómico baixo, 15,3% (N=28) pertencem a um nível médio e apenas 2,7% (N=5) enquadram-se num nível alto. A posição socioeconómica dos participantes poderá ser o retrato da sua **situação atual de emprego**, uma vez que apenas 38,3% (N=70) dos participantes se encontram empregados, enquanto 31,7% (N=58) estão desempregados; 18,6 % (N=34) estão reformados por invalidez ou sob baixa médica; 5,5% (N=10) são estudantes e 4,4% (N=8) recebem reforma por idade ou tempo de serviço.

3.1.3. Caracterização clínica da amostra

No que se refere aos aspetos clínicos que caracterizam a amostra, todos os participantes foram diagnosticados com uma doença psiquiátrica, sendo por isso acompanhados por um médico ou psicólogo.

Nesta amostra estão representados diferentes quadros psicopatológicos classificados de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-R). Os diagnósticos psiquiátricos presentes neste estudo foram confirmados ou facultados pelos profissionais de saúde que acompanham cada um dos participantes, após o devido consentimento dos mesmos (Anexo 5).

Os **quadros clínicos** mais frequentes nesta amostra são as perturbações de humor, sendo que 56,8% (N=104) dos participantes possui este diagnóstico. A estas perturbações seguem-se as perturbações de ansiedade que representam 13,1% da amostra (N=24). Os restantes 29,9% da amostra (N=55) dividem-se em 10 grupos de patologias diferentes como se verifica no Quadro 1

Quadro 1- Quadros psicopatológicos da amostra.

Grupos de Perturbações Psiquiátricas	N	%
Perturbações de humor	104	56,8
Perturbações de ansiedade	24	13,1
Perturbações de personalidade	8	4,4
Esquizofrenia	15	8,2
Perturbação por uso de substâncias	13	7,1
Perturbações de género	1	0,5
Perturbações de infância	1	0,5
Perturbações de humor com sintomas psicóticos	3	1,6
Duplo diagnóstico		
Perturbações de humor e perturbações de ansiedade	6	3,3
Perturbação de humor e perturbação de personalidade	3	1,6
Perturbações de humor e perturbações por uso de substâncias	4	2,2
Perturbação de ansiedade e perturbação de personalidade	1	0,5

Relativamente aos **internamentos devido a problemas psiquiátricos**, a maioria dos participantes (59,6%, N=109) refere nunca ter sido internado por complicações psiquiátricas. Em termos da relação entre a situação atual de **emprego dos participantes prévia ao surgimento do problema psiquiátrico**, verifica-se que 73% (N=135) da amostra teve **emprego antes** de lhes ter sido diagnosticado um problema psiquiátrico, enquanto 25,1% (N=46) não teve emprego e 1,1% (N=2) não responderam a esta questão.

Dos 183 participantes, 67,8% (N=124) tiveram emprego depois do surgimento do problema psiquiátrico. Os motivos que levaram 32,2% (N=59) dos participantes a não terem emprego depois de lhes ter sido diagnosticado um problema psiquiátrico encontram-se descritos no Quadro 2, sendo que os três motivos mais referidos foram: “Não consegui emprego embora tivesse procurado” (32,20%; N=19); “Não procurei emprego por me sentir demasiado debilitado(a) devido ao problema psiquiátrico.” (18,64%; N=11) e “Nunca estive empregado e optei por continuar assim” (11,86%; N=7).

Quadro 2- Motivos de não ter emprego depois do surgimento do problema psiquiátrico.

Motivos	N	%
“Não consegui emprego embora tivesse procurado.”	19	32,20
“Nunca estive empregado e optei por continuar assim.”	7	11,86
“Já estava reformado(a) quando o problema surgiu.”	4	6,47
“Não procurei emprego por me sentir demasiado debilitado(a) devido ao problema psiquiátrico.”	11	18,64
“Recorri a reforma por invalidez depois do problema ter surgido.”	9	15,64
“Estar a estudar.”	9	15,64

A referida amostra de 183 doentes psiquiátricos foram utilizados em todas as análises estatísticas realizadas ao longo do Estudo 1. A dimensão da amostra revela-se adequada à validação da EIC-APP visto que é recomendada a utilização de 5 participantes por item e a EIC-APP possui 34 itens.

3.2. Instrumentos

Para a concretização deste estudo utilizaram-se vários instrumentos, que foram incluídos no protocolo de investigação usado para este estudo (Anexo 6).

3.2.1. Questionário sociodemográfico

Foi criado um questionário sóciodemográfico a fim de se reconhecerem dados considerados pertinentes para as finalidades do presente estudo, nomeadamente, alguns aspetos apontados na literatura como fatores que influenciam a integração comunitária dos indivíduos e de que são exemplo: sexo (Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007); idade (Abdallah *et. al*, 2009); e estigma associado à doença mental (Moldovan, 2007; Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008) etc.). Os dados recolhidos neste primeiro momento do protocolo de investigação serviram para caracterizar os participantes, no entanto, nem todos estes resultados se encontram descritos neste estudo, por não se mostrarem relevantes ou por se tratarem de informações úteis apenas durante o processo de recolha de informação (e.g. o nome do médico responsável e a medicação que o participante toma atualmente, são dados que foram recolhidos apenas para apoiar na confirmação dos diagnósticos).

3.2.2. Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos (EIC-APP Versão Experimental, Barreto Carvalho, C.& Cabral, J.)

O EIC-APP é um instrumento de auto-resposta que pretende avaliar os níveis de integração comunitária de adultos (a partir dos 18 anos) com problemas psiquiátricos. O instrumento é composto por um total de 34 itens. A resposta aos itens é realizada numa escala de 0 (“Não tenho opinião sobre isso”) a 4 (“Concordo totalmente”), sendo que as cotações mais elevadas indicam níveis mais altos de integração comunitária. As instruções de preenchimento da escala incluem uma breve definição de comunidade. Optou-se por dar esta informação a fim de que todos os respondentes, ao classificarem os itens referentes à sua comunidade, possuíssem uma definição consensual e uniforme.

3.2.3. *The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale* (WEMWBS; Ruth, Hiller, Fishwick, Platt, Joseph, Weich, Parkinson, Secker & Stewart-Brown, 2007)

A Escala Warwick-Edinburgh de Saúde Mental foi desenvolvida para avaliar a saúde mental positiva (bem-estar mental). É uma escala com 14 itens com cinco categorias de respostas, numa escala de *Likert*, que vão de 1 (“Nenhuma das vezes”) a 5 (“Sempre”). Esta escala abrange a maioria dos aspetos da saúde mental positiva (pensamentos e sentimentos positivos) presentes atualmente na literatura, incluindo ambas as perspetivas hedónica e de perseguição da felicidade. Quanto mais alta for a pontuação do respondente melhor será o seu nível de saúde mental.

3.2.4. *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; Desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)

A Escala de Satisfação com a Vida é um instrumento de aplicação rápida, constituído por apenas 5 itens tipificados numa escala de *Likert* de 1 (“Discordo muito”) a 5 (“Concordo muito”). Valores elevados nesta escala são reveladores de altos níveis de satisfação com a vida.

3.2.5. Índice de sentimento de comunidade, versão 2 (ISC-2; Desenvolvida por Chavis, Lee & Acosta, 2008)

O Índice de Sentimento de Comunidade (versão 2) foi desenvolvido para ser utilizada em diferentes tipos de comunidades, sendo por isso recomendado que se especifique o tipo de comunidade a que a escala se refere antes da sua administração (neste

estudo entende-se por comunidade a freguesia onde o participante vive). Este instrumento possui uma questão inicial onde se indaga “quão importante é para si sentir sentimento de comunidade com outros membros da comunidade?” que se destina a ajudar na interpretação dos dados sempre que tal se revele necessário.

O ISC-2 é uma escala composta por 24 itens que poderão ser respondidos de acordo com uma escala de *Likert* de 0 (“Não de todo”) a 3 (“Completamente”). A escala possui 4 subescalas “Reforço das necessidades”; “Estatuto de Membro”, “Influência” e “Ligações emocionais partilhadas”. Valores elevados na escala representam altos níveis de integração comunitária.

3.2.6. Basic Psychological Needs Satisfaction - General (BPNS_G, Desenvolvida por Deci, E. L. & Ryan, R. M., 2000, traduzida e adaptada por Pinto Gouveia, J. & Albuquerque, P., 2008)

A Escala Geral da Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas é uma escala composta por 21 itens criada para avaliar a satisfação das necessidades psicológicas básicas em geral. Cada item deverá ser classificado numa escala ao longo de um continuum entre 1 “Nada verdade” e 7 “Muito verdade”. Dos 21 itens nove encontram-se formulados de forma inversa. As cotações elevadas indicam níveis altos de satisfação das necessidades psicológicas básica.

3.2.7. Attitudes towards mental health problems (ATWMHP; Desenvolvida por Gilbert *et al.*, 2007, traduzida e adaptada por Barreto Carvalho, C. & Cabral, J. 2012)

A Escala de Atitudes Perante Problemas Psiquiátricos é uma escala composta por 35 itens que pretendem explorar diferentes aspetos da vergonha em relação a um problema de saúde mental. É uma escala com quatro categorias de respostas que vão de 0 (“Não concordo totalmente”) a 5 (“Concordo totalmente”). Este instrumento é subdividido nas seguintes secções: “Atitudes perante os problemas de saúde mental”; “Vergonha externa/ estigma consciente”; “Vergonha interna”; “Vergonha refletida 1” e “Vergonha refletida 2”. A obtenção de cotações elevadas nesta escala é reveladora da existência de atitudes negativas perante a saúde mental.

3.2.8. Escala de Comportamento Submisso (SBS; Desenvolvida por Allan & Gilbert, 1997; traduzida e adaptada por Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2004).

É composta por 16 itens que procuram avaliar alguns comportamentos considerados como de submissão. Cada comportamento é classificado numa escala de *Likert* de escolha forçada, que variam ao longo de um continuum entre 0 (“nunca”) e 4 (“sempre”). As cotações mais altas indicam o endosso mais frequente de comportamentos de submissão.

3.3. Procedimentos de investigação

Ao longo do nosso estudo procuramos adotar os procedimentos necessários para desenvolver e validar um instrumento, uma vez que de acordo com Rymundo (2009) a validação vai para além da demonstração do valor de um instrumento de medida, referindo-se a todo um processo de investigação, que é iniciado a partir do momento em que se pensa em construir um instrumento e subsiste durante todo o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados obtidos.

3.3.1. Construção da escala e Validação de Conteúdo

Recorreu-se à revisão de literatura como base de fundamentação para a construção da EIC-APP. A primeira versão do instrumento foi submetida a um “Pré-teste” com “Reflexão falada”, onde dois especialistas e um pequeno grupo da população em estudo foram convidados a comentar a escala. Das apreciações sugeridas, resultou uma segunda versão da EIC-APP, que foi sujeita ao processo de Validação de Conteúdo. Para tal, selecionaram-se dois grupos de especialistas, um composto por 5 investigadores estrangeiros com publicações relevantes nesta área e um grupo de 12 especialistas portugueses, composto por profissionais de saúde mental e investigadores na área da Psicologia Ambiental e Social. À semelhança do que Alexandre e Coluci (2011) recomendam, foi enviada uma carta para os 2 grupos de especialistas (Anexo 7) convidando-os a participar na Validação de Conteúdo da EIC-APP. Nesta carta eram apresentados a natureza e objetivos do estudo; uma breve descrição das dimensões e aspetos teóricos que deram origem ao instrumento; informações sobre o contexto e população envolvida e, finalmente, instruções sobre a forma de preenchimento do questionário.

O questionário enviado para os peritos, tal como sugerem Alexandre e Coluci (2011), estava estruturado de forma a que estes avaliassem cada item individualmente, a partir de uma escala de *Likert* de 1 (“Nenhuma”) a 5 (“Muita”), em termos da sua Clareza e Pertinência. O questionário continha, ainda, um espaço destinado à apreciação geral do instrumento.

Alguns dos especialistas estrangeiros responderam ao pedido formulado via correio eletrónico, contudo, apenas um devolveu o questionário preenchido, o qual não foi considerado neste estudo devido ao facto de as sugestões apresentadas não se enquadrarem nas características da população em estudo, o que é justificável pelo facto de ser um investigador estrangeiro que desconhece a realidade sociocultural a que este estudo se refere.

A baixa adesão por parte dos peritos estrangeiros ao processo de validação de conteúdo poderá dever-se ao facto dos questionários terem sido enviados no início do mês de agosto, o que poderá ter coincidido com o período de férias dos mesmos.

Dos especialistas portugueses, apenas três não responderam ao questionário por referirem ter pouca disponibilidade no momento da nossa solicitação.

De forma a analisar os dados decorrentes da avaliação dos especialistas, calculou-se o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) e, com base nos resultados obtidos e nas apreciações apresentadas pelos peritos, criou-se uma terceira versão da escala, denominada de versão experimental.

3.3.2.Procedimentos de recolha de dados

No que diz respeito à recolha dos dados, esta respeitou os **princípios éticos e deontológicos** pelos quais se rege a investigação, recorrendo-se, para isso, aos procedimentos necessários.

Foram dirigidas cartas de pedido de autorização às instituições envolvidas no processo de recolha de dados (Anexo 8), acompanhadas de um exemplar do protocolo de investigação. Só se iniciou a recolha de dados após se obter o devido consentimento das instituições.

Todos os participantes foram esclarecidos, verbalmente, sobre os aspetos gerais da investigação e assinaram uma “Declaração de consentimento informado” (Anexo 5), onde declaravam ter sido esclarecidos sobre a natureza do estudo, bem como do seu carácter voluntário, confidencial e anónimo. Na mesma declaração, os participantes deram consentimento para os autores do estudo terem acesso ao seu diagnóstico psiquiátrico e os contactarem em caso de necessidade.

Os doentes que apresentaram maiores limitações, foi-lhes solicitado o preenchimento do “Exame de Estado Mental Modificado” de forma a permitir a exclusão de doentes com dificuldades mais graves e a garantir que os doentes sem capacidade cognitiva para decidir,

em consciência, da sua vontade em participar no estudo não fossem interrogados e incluídos na amostra, garantindo, assim, a observância dos aspetos éticos a ter em consideração em estudos desta natureza.

A confidencialidade dos dados foi garantida, especialmente, a partir da substituição dos nomes dos participantes por códigos e do fornecimento de envelopes a todos os participantes, para que, nos casos em que o protocolo não fosse devolvido diretamente à investigadora, este pudesse ser selado, de modo a não permitir que ninguém, para além das autoras deste trabalho, tivessem acesso à informação facultada pelos participantes.

A recolha de dados foi feita com a colaboração e parceria do Serviço de Psiquiatria do Hospital Divino Espírito Santo (SP-HDES), Unidade de Saúde de Vila do Porto (USVP), Instituto para o Desenvolvimento Social dos Açores (IDSA), Associação Regional de Reabilitação e Inserção Sócio-Cultural dos Açores (ARRISCA), ANCORAR-Associação para a promoção de saúde mental e outros serviços privados de saúde.

A recolha de informação foi controlada com o apoio de uma ficha, onde foram registados dados gerais dos participantes, data de entrega do questionário e data prevista de devolução do mesmo.

As técnicas de recolha de dados foram constantemente reajustadas, de forma a corresponder às particularidades das situações que foram surgindo.

A recolha de dados iniciou-se na ilha de Santa Maria com a colaboração da USVP. O curto espaço de tempo disponível para recolha de dados nesta ilha, as condições de trabalho oferecidas e as características do meio e respetiva população, levaram a que se adotasse um procedimento de recolha de dados específico. No início do processo de recolha de dados, foi criada uma lista dos indivíduos que já foram ou estão a ser acompanhados por um psiquiatra, os quais foram contactados telefonicamente a partir da USVP. Durante o contacto telefónico, os indivíduos foram informados sobre a natureza do estudo e convidados a participar. Os indivíduos que aceitaram participar foram inquiridos sobre a forma como pretendiam receber o protocolo de investigação. Assim, alguns dos participantes foram levantar o protocolo de investigação à USVP e outros receberam-no nas suas residências, em ambos os casos a investigadora forneceu pessoalmente algumas instruções sobre o preenchimento do protocolo de avaliação e pôs-se à disposição para responder às dúvidas dos participantes.

Nos casos em que os participantes se revelaram incapazes de responder ao questionário de forma autónoma, pediram apoio a familiares ou agendaram uma entrevista com a

investigadora na USVP (num gabinete privado, de modo a garantir a privacidade dos participantes) ou, em casos pontuais, na residência dos participantes. Terminado o período de permanência da investigadora na ilha de Santa Maria, a Psicóloga da USVP encarregou-se de passar questionários a alguns dos seus utentes.

Na ilha de São Miguel, os procedimentos de recolha de dados foram ligeiramente diferentes dos anteriormente descritos. Nesta população, a recolha de dados foi realizada maioritariamente a partir do SP-HDES, onde muitos dos utentes que acedem a este serviço (especialmente os que aguardavam pela sua consulta de psiquiatria) foram convidados a participar neste estudo. Os indivíduos que revelaram interesse em colaborar foram encaminhados para um gabinete (de modo a garantir a sua privacidade), onde a investigadora explicou a natureza do estudo, deu instruções sobre o preenchimento do protocolo e pôs-se à disposição para responder às dúvidas dos participantes. Os indivíduos que, após as explicações, aceitaram participar assinavam a “Declaração de Consentimento Informado” e recebiam o protocolo juntamente com um folheto (que continham um contacto para onde poderiam ligar em caso de dúvida e onde constava a data combinada para devolução do mesmo) e um envelope com morada e selo (para que os participantes pudessem devolver o protocolo por correio). Em alguns casos, onde a dificuldade de preenchimento foi maior, foram agendadas entrevistas com a autora do estudo, que foram realizadas no SP-HDES.

Alguns dias após a data combinada para a devolução do protocolo, foram contactados telefonicamente os participantes que não o devolveram e que deram o seu consentimento. Neste contacto era-lhes perguntado como se estavam a sentir e se tiveram alguma dúvida ao responder ao protocolo, de acordo com os *feedbacks* obtidos foram definidas novas dadas para a devolução do mesmo.

Os dados recolhidos no IDSA, ARRISCA, ANCORAR e noutros serviços privados de saúde, ficaram ao cargo de profissionais de saúde mental das referidas instituições, os quais se encarregaram de todo o processo de distribuição e recolha dos protocolos e, em alguns casos, da aplicação dos mesmos em formato de entrevista. Em todos estes procedimentos foram garantidos os procedimentos éticos inicialmente referidos.

3.3.3. Validação da escala

Os dados recolhidos junto dos 183 participantes foram inseridos numa base de dados e submetidos a um conjunto de procedimentos estatísticos com vista a averiguar: a

validade de construto; a sensibilidade, as propriedades da escala e respetivos itens; a fidelidade; a validade de construto, a validade convergente e a validade divergente da EIC-APP.

3.4. Procedimentos estatísticos

Recorreu-se ao programa *Microsoft Excel 2010* para calcular o Coeficiente de validação de Conteúdo. As restantes análises estatísticas dos dados foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15,0, tendo-se procedido à estatística descritiva (medidas de tendência central, frequências e percentagens) para a caracterização geral da amostra e respetivas variáveis sociodemográficas e clínicas. No estudo de validação da escala EIC-APP foram utilizadas, para além das análises previamente referidas, o teste de *alpha* de Cronbach as análises de componentes principais, seguidas de rotação varimax.

4. Resultados e discussão

4.1. Construção da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas

Psiquiátricos

Antes de iniciarmos a elaboração dos itens da escala fez-se uma pesquisa bibliográfica exaustiva referente à integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos. Durante a nossa pesquisa verificamos que os estudos nesta área são escassos, o que se justifica por ser uma área de intervenção e investigação relativamente recente (Ornelas, 2008). Perante a literatura disponível selecionamos a definição de integração comunitária que nos pareceu mais pertinente e relevante, atendendo, entre outros fatores à frequência com que essa mesma definição foi referida por vários autores desta área científica. Assim, optou-se por elaborar o instrumento aqui descrito tendo por base o modelo de Wong e Salomon (2002), que conceptualiza a integração comunitária de pessoas com doença mental em termos de três fatores (físico, social e psicológico), uma vez que este é o modelo mais referenciado na literatura atual (Yanos, Stefancic & Tsemberis, 2011; Wong, Matejkowski & Lee, 2011; Abdallah, Cohen, Sanchez-Almira, Reye & Ramirez, 2009; Reyes & Ramirez, 2009; Townley, Kloos & Wright, 2009; Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007, Yanos, Felton, Tsemberis & Frye, 2007; e Wong, Metzendorf & Min, 2006). A elaboração deste instrumento teve ainda em

consideração a sugestão de Gulcur, Tsemberis, Stefancic e Greenwood (2007), que referem que a avaliação da integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos fica mais completa se se tiver em consideração a dimensão independência.

Ao optar-se por construir a EIC-APP tendo por base um modelo teórico referente ao construto que pretendemos avaliar estamos a corresponder às sugestões de Abdallah e colaboradores (2009), que salientam a importância da utilização de modelos teóricos nos estudos de integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos. Evitando, assim, uma das limitações apontadas por Abdallah e colaboradores (2009) a estudos realizados anteriormente neste âmbito, que realizaram análises que não estão situadas dentro de nenhum quadro teórico.

A elaboração dos itens EIC-APP foi realizada com recurso a uma “tabela de especificações”, ou seja, utilizando um esquema teórico daquilo que se pretende medir (Guilford & Fruchter, 1981), de forma a não se perderem de vista os aspetos teóricos que sustentam a criação da escala. No presente estudo, o conceito multidimensional de integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos, composto pelas dimensões: Integração Física, Integração Social, Integração Psicológica (Aubry & Myner, 1996 e Wong & Salomon, 2002) e Independência (Gulcur, et al, 2007), foi o referencial teórico utilizado. Os itens foram construídos tendo em conta, para além do conceitos teórico subjacente, as especificidades da linguagem e características socioculturais do contexto onde se insere o público a quem se destina.

Para evitar que as diferentes concepções de integração comunitária dos participantes influenciasse diferentemente as respostas dos mesmos, incluiu-se uma definição de comunidade nas instruções da escala (“Quando encontrar a palavra “comunidade” pense nas pessoas que o(a) rodeiam, com quem interage, se relaciona ou tem alguma coisa em comum, incluído desde os seus vizinhos às pessoa da ilha onde vive”), a qual foi formulada tendo por base a definição de comunidade de Bradshaw (2008) referida no capítulo I e o Dicionário da Língua Portuguesa (2011) que define comunidade como o conjunto de pessoas que se relacionam, que têm algo em comum ou que vivem na mesma área.

Concluída a primeira versão da EIC-PP composta por 28 itens, realizou-se um “Pré-teste” com “Reflexão falada”. Cumprindo os procedimentos aconselhados por Carmo e Ferreira (1998), esta versão foi administrada “primeiramente a um pequeno número de pessoas que [conhecem] o tema do questionário em condições de identificar os seus

maiores problemas e dar sugestões para o melhorar, preferencialmente através de entrevista” (p.146). Neste estudo recorreremos à colaboração de duas pessoas um Psiquiatra, responsável por investigações internacionais na área da saúde mental há mais de 20 anos da Universidade de Southern California e um professor universitário (Universidade de Coimbra) especialista na construção e validação de instrumentos. Seguidamente, o instrumento foi aplicado a uma pequena amostra de 8 indivíduos pertencentes à população em estudo, a qual foi encorajada a “fazer observações e sugestões que [dissem] respeito ao questionário no seu todo e cada uma das perguntas” (Carmo & Ferreira (1998), p.146). Depois de uma análise cuidadosa das sugestões e apreciações formuladas tanto pelos especialistas, como pela pequena amostra de doentes psiquiátricos, reformulou-se o instrumento criando uma segunda versão da escala composta por 30 itens subdivididos por quatro dimensões.

4.2. Estudo da validade de conteúdo da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos junto de uma amostra de peritos

A segunda versão da escala foi sujeita a validação de conteúdo, que é um processo onde o instrumento é submetido à avaliação de vários especialistas que analisam a representatividade e relevância dos itens em relação ao conteúdo que estes pretendem medir (Raymundo, 2009).

Participaram na validação de conteúdo da EIC-APP 9 peritos, 7 (78%) do sexo feminino e 2 (22%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 29 e os 58 anos. Sendo que uma parte da amostra foi constituída por 7 (78%) peritos que têm contacto diário com indivíduos com problemas psiquiátricos nos serviços públicos e/ou privados de saúde na ilha de São Miguel. Neste grupo, a maioria dos participantes (N=6; 67%) formou-se em Medicina (Especialidade de Psiquiatria) e exerce funções nessa área, enquanto 1 é formado em Enfermagem com especialização em Saúde Mental e exerce funções na mesma área. A outra parte da amostra foi composta por 2 (22,22%) peritos formados em psicologia e professores universitários (Universidade dos Açores) que investigam na área da Psicologia Ambiental e Social. Por uma questão de confidencialidade e de orientação, na apresentação dos dados recolhidos estes encontram-se identificados apenas por uma letra.

A dimensão da amostra de peritos que participou neste estudo revela-se adequada, uma vez que Lynn (1986, *cit. in* Alexandre & Coluci, 2011) recomenda o envolvimento

neste processo de um mínimo de cinco e um máximo de dez especialistas. Neste estudo incluiu-se um número próximo do máximo recomendado pelo autor devido ao facto de à semelhança de Raymundo (2009) se reconhecer que o trabalho cooperativo na construção do instrumento é essencial para evitar julgamentos subjetivos. No que se refere às características da amostra de peritos, esta demonstra ser apropriada, visto incluir profissionais especializados que lidam com a população em estudo (Alexandre & Coluci, 2011), tendo capacidade de analisar se a linguagem usada no instrumento será perceptível para os participantes e se o seu conteúdo é pertinente tendo em conta as particularidades dos mesmos. Os peritos da área da Psicologia embora não contactem tão de perto com este público, dominam determinados aspetos relativos ao conteúdo do instrumento que vêm complementar as avaliações dos restantes peritos e dar um importante contributo no processo de análise da escala (Alexandre & Coluci, 2011).

O referido grupo de peritos avaliou a escala em termos de Clareza (medida em que a linguagem está clara para o público-alvo do questionário) e Pertinência (medida em que avalia a dimensão conceptual a que se refere).

Os resultados extraídos da análise dos peritos foram analisados com recurso ao Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Este método permite medir a quantidade ou percentagem de peritos que estão em concordância sobre determinados aspetos do instrumento e de seus itens, o que permite fazer primeiramente uma análise de cada item individualmente e depois do instrumento como um todo (Alexandre & Coluci, 2011). Na análise do CVC deste estudo teremos em consideração os critérios de Balbinotti, Benetti e Terra (2006) que determinam 0,7 como o valor mínimo de CVC necessário para que os itens sejam considerados. Segundo os mesmos autores os itens que apresentem valores inferiores, deverão sofrer reformulações de modo a que a população compreenda o seu conteúdo.

Os resultados obtidos no Coeficiente de Validade de Conteúdo para o instrumento no geral (CVCT) foram de 0.73 na Clareza e de 0.72 na Pertinência.

No que se refere ao Coeficiente de Validade de Conteúdo relativa à clareza de cada item (CVCc) (Quadro), dos 30 itens da versão de escala que foi submetida à avaliação dos peritos, 11 (37%) apresentam valores de CVCc inferiores a 0,7 (itens nº 10; 12; 17; 18; 21; 22; 23; 24; 25; 29 e 39), revelando a necessidade de serem revistos.

Quadro 3- CVC Clareza

Nº Item	Cotação total	Mx	Cvci	Pci	CVCc
1	41	4,55	0,91	0,11	0,8
5	42	4,66	0,93	0,11	0,82
9	40	4,44	0,88	0,11	0,77
13	43	4,77	0,95	0,11	0,84
17	34	3,77	0,75	0,11	0,64
21	28	3,11	0,62	0,11	0,51
25	34	3,77	0,75	0,11	0,64
29	35	3,88	0,77	0,11	0,66
2	40	4,44	0,88	0,11	0,77
6	30	3,33	0,66	0,11	0,55
10	35	3,88	0,77	0,11	0,66
14	40	4,44	0,88	0,11	0,77
18	31	3,44	0,68	0,11	0,57
22	35	3,88	0,77	0,11	0,66
26	44	4,88	0,97	0,11	0,86
30	40	4,44	0,88	0,11	0,77
3	39	4,33	0,86	0,11	0,75
7	40	4,44	0,88	0,11	0,77
11	38	4,22	0,84	0,11	0,73
15	39	4,33	0,86	0,11	0,75
19	40	4,44	0,88	0,11	0,77
23	30	3,33	0,66	0,11	0,55
27	37	4,11	0,82	0,11	0,71
4	43	4,77	0,95	0,11	0,84
8	45	5	1	0,11	0,88
12	45	5	1	0,11	0,88
16	43	4,77	0,95	0,11	0,84
20	38	4,22	0,84	0,11	0,73
24	36	4	0,8	0,11	0,68
28	37	4,11	0,82	0,11	0,71

No que se refere à Validade de Conteúdo relativa à Pertinência para cada item (Quadro 4), dos 30 itens da escala 17 (57%) apresentaram valores de CVCc inferiores a 0,7 (itens nº 1; 8; 9; 12; 14; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 23; 24; 25; 28; 29 e 30) o que revela que deverão ser reajustados.

Quadro 4- CVC Pertinência

Nº Itens	Cotação total	Mx	Cvci	Pci	CvCc
1	34	3,77	0,75	0,11	0,64
5	41	4,55	0,91	0,11	0,8

9	34	3,77	0,75	0,11	0,64
13	41	4,55	0,91	0,11	0,8
17	33	3,66	0,73	0,11	0,62
21	34	3,77	0,75	0,11	0,64
25	35	3,88	0,77	0,11	0,66
29	34	3,77	0,755	0,11	0,64
2	37	4,11	0,82	0,11	0,71
6	36	4	0,8	0,11	0,68
10	41	4,55	0,91	0,11	0,8
14	31	3,44	0,68	0,11	0,57
18	34	3,77	0,75	0,11	0,64
22	40	4,44	0,88	0,11	0,77
26	43	4,77	0,95	0,11	0,84
30	35	3,88	0,77	0,11	0,66
3	41	4,5	0,91	0,11	0,8
7	39	4,33	0,86	0,11	0,75
11	38	4,22	0,84	0,11	0,73
15	41	4,55	0,91	0,11	0,8
19	41	4,55	0,91	0,11	0,8
23	35	3,88	0,77	0,11	0,66
27	38	4,22	0,84	0,11	0,73
4	38	4,22	0,84	0,11	0,73
8	40	4,44	0,88	0,11	0,77
12	41	4,55	0,91	0,11	0,8
16	40	4,44	0,88	0,11	0,77
20	35	3,88	0,77	0,11	0,66
24	35	3,88	0,77	0,11	0,66
28	34	3,77	0,75	0,11	0,64

Tendo por base os resultados obtidos a partir do CVCc e as apreciações e sugestões dadas pelos peritos, reformularam-se alguns dos itens e criaram-se itens novos (Anexo 9), seguindo o procedimento descrito de seguida.

Desta reformulação surgiu uma terceira versão da EIC-APP (Anexo 10) constituída por 34 itens subdivididos nas já definidas 4 dimensões. A Dimensão “Integração Física” manteve o mesmo número de itens (8) sendo que apenas 1 dos itens (item nº16) se manteve igual, eliminou-se o item 1 (item nº25) porque o seu conteúdo avalia os mesmos aspetos que outros itens e apresentava uma linguagem que poderia não ser percebida pelos participantes. Acrescentou-se mais 1 item a esta dimensão de modo a corresponder-se à sugestão do especialista I (relativa à avaliação da participação comunitária dos indevidos) e, por fim, reformularam-se 6 itens (itens nº1, 6, 9, 20, 24 e 29) efetuando-se ligeiras alterações na sua linguagem.

A Dimensão “Integração Social” passou a ser constituída por 12 itens, em que 4 dos itens iniciais (itens nº 7, 17, 18 e 30) foram reformulados sofrendo ligeiras alterações na linguagem. Acrescentaram-se 4, sendo que 2 deles foram criados para alargar a avaliação do instrumento a comunidades fora da zona onde o individuo reside e os outros 2 foram criados de modo a subdividir itens (itens nº 10 e 22) que avaliavam aspetos distintos numa afirmação só.

A Dimensão “Integração psicológica” manteve o mesmo número de itens (7) e apenas 1 (item nº 23) foi reformulado. A Dimensão “Independência” também manteve a mesma quantidade de itens (7), contudo apenas 1 (item nº 16) não sofreu reformulações os restantes foram ligeiramente modificados em termos de linguagem.

Apesar do grupo de peritos apresentar várias sugestões de melhoria do instrumento, a maioria dos especialistas fizeram uma boa apreciação geral do mesmo (Anexo 9), nomeadamente, um dos especialistas refere: “Instrumento que me parece muito pertinente e capaz de uma avaliação global eficiente da integração do doente na comunidade” (Perito D).

Deste modo, verificou-se que o grupo de peritos que avaliou a escala em termos do seu conteúdo, apresentou maiores níveis de concordância relativamente à clareza dos itens do que à pertinência dos mesmos, o que pode ter sucedido devido à subjetividade do construto em análise. De acordo com os critérios de Balbinotti, Benetti e Terra (2006), nem todos os itens da escala apresentaram bons valores de CVC, o que nos leva a rejeitar a hipótese de que os itens que constituem o instrumento apresentam boa validade de conteúdo (H1.1.). Contudo, os peritos que avaliaram a escala em termos de conteúdo apresentaram várias sugestões de melhoria nos itens que consideraram estar menos claros ou com menor pertinência (relativamente ao construto que pretendiam avaliar), o que permitiu fazer uma reformulação dos itens fundamentada nas sugestões e conhecimentos dos peritos. Neste enquadramento, foi criada uma nova versão da escala, concordante com as opiniões dos mesmos. De uma forma geral, as apreciações gerais da escala apresentadas por cada perito foram positivas, o que demonstra que, apesar dos peritos não estarem em total concordância relativamente à formulação de alguns itens, os mesmos avaliaram a escala, no seu todo, de forma positiva.

O processo de validação de conteúdo é considerado fundamental no desenvolvimento e adaptação de instrumentos de medida (Sireci, 1988, *cit. in* Alexandre & Coluci, 2011). Neste estudo este processo resultou num conjunto de alterações na EIC-PP,

dando origem a uma nova versão do instrumento mais completa e melhorada. No entanto, a validade de conteúdo apresenta limitações pelo seu cariz subjetivo, devendo ser complementado pela aplicação de outras medidas psicométricas adicionais (Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee & Rauch, 2003). Deste modo, a terceira versão da escala (Anexo 10), denominada de versão experimental da EIC-APP, foi preenchida pelos 183 indivíduos que compõe a amostra deste estudo e os seus resultados foram sujeitos aos passos seguintes de validação do instrumento.

4.3. Sensibilidade da escala e propriedades dos itens

Para testar a sensibilidade da EIC-APP, procedeu-se à análise da estatística descritiva dos resultados, (média, mediana, moda e desvio padrão), os quais se encontram apresentados no Quadro 5. Como se pode observar, as médias variam entre 1,80 (DP=1,19) e 3,32 (DP=0,99). A maioria dos itens da escala apresentam o valor médio de 3 (“Concordo”) sendo que as respostas aos itens foram dadas numa escala de *Likert* de 5 pontos que varia entre 0 (“Não tenho opinião sobre isso”) e 4 (“Concordo totalmente”). Assim, podemos considerar que, e apesar de estes valores se situarem, para todos os itens, ligeiramente acima da média esperada, estes têm um desvio padrão de cerca de 1,5, o que nos indica a existência de uma grande amplitude nas respostas dadas, verifica-se, ainda, que os participantes tendem a atribuir aos itens valores elevados (moda 4 “concordo totalmente”) o que faz que os valores da escala não se distribuam de forma normal.

Estes dados revelam que a amostra deste estudo apresenta, no geral, bons indicadores de Integração Comunitária, o que se poderá ficar a dever, quer ao facto de nenhum dos participantes se encontrar institucionalizado, o que segundo vários autores (Wong & Solomon, 2002 e Depla, Graaf & Busschbach *et. al* 2003, *cit. in* Abdallah,

Cohen, Sanchez-Almira, Reyes & Ramirez, 2009) favorece a obtenção de níveis mais elevados de integração comunitária destes indivíduos, quer às características do contexto (Wong & Solomon, 2002), que não variam muito de individuo para individuo (são todos residentes dos Açores) e que parecem ser propícias a uma boa integração comunitária, devido ao facto de ser uma comunidade pequena, onde o isolamento favorece o conhecimento e contacto entre os indivíduos. Esta opinião será alvo de análise e confirmação no estudo seguinte.

Quadro 5- Estatística descritiva dos itens da EIC-PP

Nº do Item	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
1	2,36	3	3	1,52
2	2,70	3	3	1,57
3	3,06	3	3	1,02
4	2,85	3	3	1,23
5	3,10	3,5	4	1,16
6	2,71	3	4	1,16
7	3,02	3	4	1,19
8	2,95	3	4	1,20
9	2,06	2	2	1,18
10	3,32	4	4	0,99
11	3,25	4	4	1,12
12	2,77	3	4	1,17
13	2,50	3	3	1,22
14	2,29	3	3	1,38
15	3,19	4	4	1,07
16	1,80	2	1	1,19
17	2,81	3	4	1,42
18	2,45	3	3	1,16
19	2,95	3	4	1,23
20	3,01	3	4	1,19
21	3,07	3	4	1,20
22	2,72	3	3	1,31
23	3,43	4	4	0,92
24	2,87	3	4	1,27
25	2,52	3	3	1,27
26	2,85	3	3	1,15
27	2,59	3	3	1,22
28	3,19	3	4	1,01
29	3,23	4	4	1,09
30	3,42	4	4	0,99
31	1,92	2	2	1,46
32	2,50	3	3	1,25
33	1,92	2	2	1,18
34	2,54	3	3	1,41
Total da escala	127,81	127	122	19,69

4.4. Fidelidade e correlações entre os itens e o total da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos

A fiabilidade de uma medida diz respeito à capacidade de consistência da escala (Maroco & Marques, 2006) e é avaliada a partir da análise da sua consistência interna,

definida com base na média das intercorrelações entre todos os itens da escala (Ribeiro, 2010).

Segundo, Pestana e Gageiro (2008) o *alpha* de Cronbach é uma das medidas à qual os investigadores mais recorrem para verificarem a consistência interna de um grupo de variáveis (itens). Os mesmos autores definem esta medida como “a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica” (p.528). Os seus valores variam entre 0 e 1 e traduzem-se como sendo o “coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas” (Cronbach, 1951 *cit. in* Maroco & Marques, 2006, p.73).

Tento em consideração os pressupostos anteriormente referidos, para testar a fidelidade ou consistência interna da EIC-PP, recorreu-se ao coeficiente *alpha* de Cronbach, obtendo-se um valor de 0,902 para os 34 itens da escala, o que revela que esta possui uma consistência interna muito boa (Pestana & Gageiro, 2008) pois quanto mais o coeficiente se aproxima de 1, mais consistente e, conseqüentemente, mais fiável é o instrumento (Maroco & Marques, 2006).

O valor de *alpha* da escala, no caso de eliminação de cada um dos itens, e como demonstra o Quadro 6, apresenta valores entre 0.896 e 0.904, valores que ao estarem próximos e sendo maiores que 0,8 demonstram que a escala tem uma boa consistência interna (Ribeiro, 2010). Este valor confirma com as diretrizes dadas por Maroco e Marques (2006) que referem que quanto mais elevadas forem as correlações entre os itens maior é a sua homogeneidade e maior é a consistência com que medem a mesma dimensão ou construto teórico.

Os itens 17 e 34 apresentam valores de *alpha* de 0,90 e de 0,90 respetivamente, o que significa que estes têm uma fraca correlação com os restantes itens e que a consistência interna da escala aumentaria caso estes dois itens fossem eliminados (Pestana e Gageiro, 2008). Contudo, optou-se por prosseguir com as estatísticas de validação de construto sem eliminar estes itens, uma vez que são itens semanticamente significativos para o instrumento.

Quadro 6- Fidelidade e correlações entre os itens e o total da escala

Itens	R item-total da escala	<i>alpha</i> se o item for eliminado
1	0,345**	0,901
2	0,501**	0,899
3	0,489**	0,901
4	0,641**	0,896
5	0,533**	0,898
6	0,446**	0,900
7	0,437**	0,900
8	0,444**	0,900
9	0,407**	0,900
10	0,501**	0,899
11	0,559**	0,898
12	0,626**	0,897
13	0,573**	0,897
14	0,630**	0,896
15	0,319**	0,901
16	0,443**	0,900
17	0,303**	0,903
18	0,622**	0,897
19	0,584**	0,897
20	0,485**	0,899
21	0,559**	0,898
22	0,544**	0,898
23	0,395**	0,900
24	0,553**	0,898
25	0,395**	0,901
26	0,365**	0,901
27	0,544**	0,898
28	0,566**	0,898
29	0,572**	0,899
30	0,378**	0,900
31	0,586**	0,897
32	0,496**	0,899
33	0,498**	0,899
34	0,236**	0,904

No que se refere à análise da matriz de correlações entre cada um dos 34 itens e o total da escala, os valores oscilam entre 0,236 e 0,640, sendo que todos os itens apresentam correlações estatisticamente significativas ($p < 0.001$) entre si e com o total da escala. Face aos resultados obtidos, não se ponderou a remoção de qualquer item, visto que mesmo os

itens que apresentam correlações baixas com o total da escala possuem bons valores de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008).

De acordo com os valores obtidos a partir da correlação entre os itens e o total da escala, verificasse que os itens da escala apresentam uma boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008), o que demonstra que a escala tem níveis favoráveis de fidelidade. Estes resultados, permitem confirmar a hipótese de que o instrumento utilizado apresenta boas qualidades psicométricas no que diz respeito à consistência interna (H1.2.).

4.5. Validade de construto

A validade de construto destina-se a demonstrar que o instrumento mede realmente aquilo a que se propõe medir. As evidências necessárias para esse tipo de validação são obtidas a partir de testes estatísticos e das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas (Raymundo, 2009). O método usado para se proceder à validade de construto é a análise fatorial, que permite agrupar os dados em conjuntos homogêneos (Ribeiro, 2010). A análise fatorial realiza-se a partir de uma série de procedimentos utilizados para reduzir dados, tendo por base uma matriz de correlação entre as variáveis (itens) do instrumento a ser validado (Molhotra, 2004).

Para se proceder à análise anteriormente descrita, começou-se por submeter os 34 itens da EIC ao teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett. Tal como se pode observar no Quadro 7, obteve-se um valor de 0,826 para o teste KMO, o qual revela ser apropriado prosseguir com os cálculos, visto que valores superiores 0,5 no índice KMO demonstram adequabilidade da amostra para a realização de análise fatorial (Molhotra, 2004). O teste de esfericidade de Bartlett apresentou valores significativos ($\chi^2=2465,993$; Df=561; $p < 0,01$), os quais relevam existir correlação entre as variáveis (Molhotra, 2004).

Quadro 7 - Teste de KMO e Bartlett

	KMO	0,826
Teste de	χ^2	2465,993
esfericidade	Df	561
de Bartlett	P	0,000

Confirmados os pressupostos anteriores, procedeu-se à análise fatorial exploratória da EIC-APP, submetendo-se os seus 34 itens a uma análise de componentes principais

seguida de rotação *Varimax*, utilizando-se o critério dos *eigenvalues* (autovalores) superiores a 1 para extração dos fatores. Recorreu-se à análise de componentes principais por ser a técnica recomendada nas situações em que se pretende determinar o menor número de fatores que responderão pela variância máxima nos dados a serem usados em análises multivariadas posteriores (Molhotra, 2004). Optou-se pelo procedimento de rotação *Varimax* por ser um dos métodos mais usados quando o objetivo é transformar a matriz de fatores numa matriz mais simples e mais fácil de interpretar (Molhotra, 2004).

Quadro 8- Matriz de componentes após a rotação

Item	Componentes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29	,763									
11	,720									
19	,693									
10	,630									
24	,619									
1	,515									
28	,394									
21		,638								
18		,634								
22		,615								
13		,569								
12		,563								
3		,536	,419							
7			,807							
8			,686							
2			,670							
4			,481							
26				,806						
25				,726						
27				,511						
30				,404						
9					,654					
14					,634					
5					,563					
31					,374					
20						,751				
6						,733				
15							,796			
33							,773			
15								,784		
23								,598		
34									,869	
17										,852
32										,489
<i>Eigenvalues</i>	8,519	2,826	2,050	1,734	1,418	1,309	1,213	1,126	1,114	1,029
% variância	25,055	8,312	6,029	5,099	4,171	3,850	3,566	3,313	3,276	3,026
%	25,055	33,367	39,396	44,495	48,666	52,516	56,083	59,395	62,671	65,691

Como se pode constatar a partir do quadro 8, da análise realizada, emergiram 10 componentes (fatores) que explicam 66% da variabilidade dos 34 itens originais, a referida percentagem não se distribuiu de forma uniforme pelos vários fatores, na medida em que o 1º fator explica 25% da variância, enquanto cada um dos 3 últimos fatores explicam apenas 3% da variância. Os dados anteriormente referidos revelam que todos os fatores extraídos deverão manter-se, pois segundo (Simões, 1994 e Sani, 2004) apenas deverão ser eliminados os fatores que explicam menos de 3% da variância.

No que se refere aos itens constituintes de cada fator empírico, todos apresentam cargas fatoriais superiores a 0,4 com exceção do item 31 que possui uma carga ligeiramente inferior (0,374). Embora os autores anteriormente citados recomendem a utilização apenas dos fatores que tem uma carga igual ou superior 0,4 (e.g.: Molhatra, 2004), decidimos manter o item 31 visto a sua carga possuir um valor muito próximo de 0,4. Para além disso, este fator possui uma boa consistência interna ($\alpha=0,897$) e tratando-se de um item semanticamente significativo para a avaliação da integração comunitária.

Os fatores que emergiram da análise fatorial não correspondem à forma como os itens foram inicialmente divididos pelos autores deste estudo, tal como se pode ver a partir do (Anexo 10). Este facto, segundo Ribeiro (2010), é um acontecimento aceitável neste tipo de validação. Segundo este autor, o “facto de haver um agrupamento fatorial consistente, não garante a existência de uma relação conceptual satisfatória com o critério externo e, frequentemente a fundamentação teórica de tal agrupamento torna-se difícil” (p.104). Apesar dos fatores que emergiram não corresponderem aos inicialmente definidos, os itens encontram-se agrupados de uma forma semanticamente coerente, sendo facilmente justificados em termos teóricos.

Prosseguiu-se à apresentação dos fatores que emergiram desta análise, fazendo a relação entre estes e os aspetos teóricos do construto que o instrumento pretende medir. Utilizou-se este modelo de exposição dos resultados visto que, segundo Raymundo (2009), a validação de construto vai para além da validação de um teste, sustenta também a validação da teoria subjacente à construção do instrumento, deste modo, e segundo o mesmo autor, “ o trabalho de validação de um construto é uma pesquisa científica empírica, porque, definidos os construtos que seriam responsáveis pelo desempenho no teste, o avaliador passa a formular hipóteses sobre a teoria de construtos e a testá-las empiricamente” (p.88).

No que se refere à análise dos fatores que emergiram da análise de componentes principais seguida de rotação *Varimax*, verifica-se que o fator 1 é composto por 7 itens (29; 11; 19; 10; 24; 1 e 28) que explicam 25% da variância dos resultados. Este fator foi denominado de “Integração Física: Utilização de recursos / independência” visto que os itens que o constituem (Quadro 9) se referem, semanticamente, a aspetos relacionados com a Integração Física, nomeadamente no que se refere à medida em que o indivíduo passa o seu tempo fora de casa e utiliza os recursos comunitários (Segal *et al.*, 1980, *cit. in* Wong & Solomon, 2002) de forma autónoma ou independente (Gulcur, Tsemberis, Stefancic e Greenwood, 2007).

Quadro 9- Fator 1- Integração Física: Utilização de recursos / independência

Item	Conteúdo do item
29	Se necessário vou tratar de assuntos a locais públicos, tais como o banco, os correios, o supermercado, ou outros.
11	Vou sozinho(a) aos serviços sociais, à clinica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros.
19	Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.
10	Desloco-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi.
24	Se necessário recorro aos serviços e recursos que a comunidade oferece, tais como centro de emprego, junta de freguesia, casa do povo ou outros.
1	Passo parte do meu tempo fora de casa.
28	Tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.

O fator 2 é composto por 5 itens (21;18; 22; 13 e 12) que explicam 8% da variância. Este fator foi denominado de “Integração social: Características da rede social” visto que o conteúdo semântico dos itens (Quadro 10) remete para a Integração Social, mais propriamente para as características da rede social do indivíduo, no que se refere à diversidade das pessoas com quem se relaciona e ao grau em que as suas relações sociais refletem um apoio positivo e de reciprocidade, em vez de *stress* e dependência (Fellin, 1993 e Storey,1993, *cit. in* Wong & Solomon, 2002).

Quadro 10- Fator 2- Integração social: Características da rede social

Item	Conteúdo do item
21	Relaciono-me com pessoas muito diferentes, por exemplo em termos de género, idade, nível de escolaridade, condições económicas ou outras.
18	As pessoas da minha comunidade pedem-me ajuda quando precisam.
22	As pessoas da minha comunidade sabem que se precisarem podem contar comigo.
13	Tenho muitas pessoas de quem sou amigo(a).
12	Tenho muitas pessoas com quem falo.

O fator 3 é composto por 5 itens (3; 7; 8; 2 e 4) que explicam 4% da variância dos resultados. O item 3 foi incluído neste fator e não no anterior (fator 2), onde apresente uma carga mais elevada, por se enquadrar melhor neste em termos semânticos, o que é estatisticamente aceitável, uma vez que é possível incluir num fator uma variável com a 1º ou 2º carga mais alta (Molhotra, 2004). O fator 3 foi designado de “Integração Social: Dimensão da rede social” na medida em que o valor semântico dos itens que o constituem (Quadro 11) se enquadram na definição da Integração Social, nomeadamente no que se refere à extensão da rede social dos indivíduos, em termos da quantidade de interações sociais que este estabelece em contexto normativo (Wolfensberger & Thomas, 1983, *cit. in* Wong & Solomon, 2002).

Quadro 11- Fator 3- Integração Social: Dimensão da rede social

Item	Conteúdo do item
3	Conheço muitas pessoas que não são minhas vizinhas.
7	Muitos dos meus vizinhos conhecem-me.
8	Muitas pessoas que não são minhas vizinhas conhecem-me.
2	Conheço muitos dos meus vizinhos.
4	Sinto que pertenço à minha comunidade.

O fator 4 é constituído por 4 itens (26, 25, 27 e 30) que explicam 5% da variância dos resultados. Este fator foi designado de “Integração Psicológica: Ligação emocional” visto que o conteúdo semântico dos seus itens (Quadro 12) contempla aspetos relacionados com a Integração Psicológica, mais especificamente a medida em que o indivíduo revela uma ligação emocional às pessoas com quem se relaciona (Aubry & Myner, 1996; McMillan & Chavis, 1986, *cit. in* Wong & Solomon, 2002).

Quadro 12- Fator 4-Integração Psicológica: Ligação emocional

Item	Conteúdo do item
26	Sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.
25	Confio nas pessoas com quem me relaciono.
27	Tenho ligação emocional ou afeto pelas pessoas da minha comunidade.
30	As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.

O fator 5 é constituído por 3 itens (9, 14 e 5) que explicam 4% da variância dos resultados. Este fator foi denominado de “Integração Psicológica: Suporte comunitário” uma vez que o conteúdo semântico dos itens que o compõe (Quadro 13), correspondem aos aspetos da Integração Psicológica relacionados com o nível em que o individuo acredita na sua capacidade para satisfazer as suas necessidades a partir da sua comunidade e exercer influência sobre esta (Aubry & Myner, 1996; McMillan & Chavis, 1986, *cit. in* Wong & Solomon, 2002).

Quadro 13- Fator 5- Integração Psicológica: Suporte Comunitário

Item	Conteúdo do item
9	Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha comunidade.
14	Sei que se precisar posso contar com o apoio das pessoas da minha comunidade.
5	Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, contacto com essa pessoa, por iniciativa própria e sem precisar da ajuda de ninguém.
31	As pessoas da minha comunidade têm em conta as minhas ideias e opiniões.

O fator 6 é composto por 2 itens (6 e 15) que explicam 4% da variação dos resultados. A este fator foi atribuída a designação de “Integração Física: Atividades de lazer” visto que a semântica dos seus itens (Quadro 14), se relaciona com a Integração Física, mais concretamente com a capacidade que o individuo demonstra em passar o seu tempo fora de casa por autoiniciativa (Segal *et al.*, 1980, *cit. in* Wong & Solomon, 2002) para concretizar atividades de lazer. O fator 6 assemelha-se ao fator 1 por também avaliar em que medida o indivíduo passa o seu tempo fora de casa, contudo distingue-se deste ao referir-se a atividades descontraídas.

Quadro14- Fator 6- Integração Física: Atividades de lazer

Item	Conteúdo do item
6	Saio de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.
20	Saio de casa por minha vontade.

O fator 7 é composto por 2 itens (16 e 33) que explicam 4% da variação dos resultados (Quadro 15). Este fator foi denominado de “Integração Física: Participação” visto que os itens que o constituem se referem, semanticamente, à medida em que o indivíduo participa ativamente nas atividades e organizações da sua comunidade (Segal et al., 1980, *cit. in* Wong & Solomon, 2002).

O fator 7 distingue-se do anterior (fator 6) na medida em que, apesar das atividades de participação na comunidade também poderem ser consideradas de lazer, a participação ativa implica envolvimento, compromisso e colaboração. Esta distinção foi igualmente referida por vários participantes durante a reflexão falada e aquando da recolha de dados sob a forma de entrevista.

Quadro 15- Fator 7- Integração Física: Participação comunitária

Item	Conteúdo do item
16	Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras.
33	Participo em atividades na minha comunidade, tais como fazer voluntariado, colaborar na preparação de uma festa/evento, dar catequese, ir a convívios, ou outras.

O fator 8 é composto por 2 itens (15 e 23) que explicam 3% da variância dos resultados.

O fator 9 é composto por apenas um item que explica 3% da variância. Este acontecimento é explicado por Molhota (2004) da seguinte forma: “quando isso ocorre, em geral a questão é ambígua ou então é uma questão para a qual todos parecem dar a mesma resposta, com uma variação exclusivamente aleatória entre as respostas” (p.556). Perante estas situações o autor sugere que se reveja a pertinência do item em questão. Este item foi criado com a finalidade de verificar se a rede social dos indivíduos incluía pessoas com problemas da mesma natureza do participante, tal como sugere a dimensão Integração

social (Aubry & Myner, 1996 e Wong & Salomon, 2002) contudo, uma vez que neste estudo a escala não foi aplicada a doentes institucionalizados, que têm um maior contacto com pessoas com o mesmo problema, é natural que as respostas ao item tenham sido todas no mesmo sentido.

Finalmente o fator 10 é composto por 2 itens que explicam 3% da variância dos resultados, novamente inclui um item que se refere à relação do participante com outros indivíduos institucionalizados e outro direcionado para a sua independência.

Quadro 16- Fator 8 (junção dos itens dos fatores 8, 9 e 10) Integração em contexto institucional

Item	Conteúdo do item
15	Colaboro nas tarefas domésticas, como cozinhar, tratar da roupa, limpar a casa ou outras.
23	Sou eu quem tomo conta da minha medicação, tomando-a nas horas e doses certas.
34	Das pessoas com quem me relaciono poucas vão ao psiquiatra.
17	Das pessoas com quem me relaciono, poucas vivem em instituições.
32	Sou uma pessoa independente em termos económicos.

Os últimos 3 fatores foram agrupados num único fator, visto que, e pese embora a estatística não revele existir uma associação entre estes itens agrupando-os em 3 componentes distintos, estes se encontram semanticamente relacionados, não fazendo sentido avaliá-los de forma independente (Quadro 16). Tendo em conta o conteúdo do fator 8 (junção dos fatores 8, 9 e 10) e as características dos participantes deste estudo, poderá revelar-se mais pertinente usar este fator apenas para avaliar a integração comunitária de doentes que se encontram a viver em instituições/ambientes protegidos.

Após conhecer-se a variância e conteúdo semânticos dos fatores empíricos, passou-se à análise das suas propriedades e consistência interna (Quadro 17). Pela observação dos resultados obtidos através do coeficiente de *alpha* de Cronbach, verificasse que os fatores apresentam diferentes níveis de consistência, apresentando valores que variam entre 0,385 e 0,821. Os fatores 8 ($\alpha=0,491$) e 10 ($\alpha=0,385$) serão eliminados por apresentarem baixa consistência interna, pois segundo Ribeiro (2010) apenas são aceitáveis valores de *alpha* acima de 0,60. O fator 9 por ser composto apenas por um item não pôde ser sujeito ao cálculo do *alpha* de Cronbach, no entanto, a nossa opção foi pela eliminação deste fator, uma vez que nos pareceu irrelevante manter um item que, segundo a análise fatorial, não apresenta uma correlação significativa com nenhum item da escala.

Quadro 17- Estatística descritiva e α de Cronbach dos Fatores da Escala

Fator	Nº Itens	Média	Desvio padrão	α de Cronbach
1	7	21,05	5,48	0,821
2	5	13,50	4,45	0,787
3	5	14,55	4,18	0,768
4	4	11,38	3,32	0,680
5	4	9,36	3,77	0,699
6	2	5,72	2,03	0,674
7	2	3,72	2,09	0,713
8	2	6,61	1,64	0,491
9	1	---	---	---
10	2	5,32	2,10	0,385
Total EIC- APP	34	93,73	19,67	0,902

Finalmente, tal como pode ser observado a partir do (Quadro 18), organizaram-se os fatores de forma coerente com o modelo teórico subjacente, sendo que, nesta análise, não incluímos os fatores 8, 9 e 10, pelas razões anteriormente descritas.

A partir da análise fatorial da escala verificou-se que os fatores que emergiram explicam a maior parte da variância, o que vem confirmar a hipótese de que os fatores encontrados explicam a maior parte a variância (H 1.3.). Verificou-se que a percentagem da variância explicada por cada um dos fatores não se distribui de forma parcimoniosa, como esperado (H1.3.) mas, e uma vez que a EIC-APP mede diferentes aspetos da integração comunitária de pessoas com doença mental, estes resultados são expectáveis e normais.

A análise das propriedades dos fatores revelou que quase todos apresentam níveis aceitáveis de consistência interna, com exceção dos fatores 8 e 10, os quais foram eliminados. Estes resultados poderão ficar a dever-se ao facto do conteúdo semântico dos itens dos referidos fatores estar direccionado para indivíduos institucionalizados, com um alto nível de incapacidade, o que não se verifica na amostra deste estudo.

Quadro-18 Fatores da escala organizados por dimensões e subdimensões

Dimensão I- Integração Física	
Subdimensão	Conteúdo do Item
Utilização de recursos/Independência (Fator 1)	Se necessário vou tratar de assuntos a locais públicos, tais como o banco, os correios, o supermercado, ou outros. Vou sozinho(a) aos serviços sociais, à clínica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros. Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas. Desloco-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi. Se necessário recorro aos serviços e recursos que a comunidade oferece, tais como centro de emprego, junta de freguesia, casa do povo ou outros. Passo parte do meu tempo fora de casa. Tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.
Atividades de lazer (Fator 6)	Saio de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras. Saio de casa por minha vontade.
Participação comunitária (Fator 7)	Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras. Participo em atividades na minha comunidade, tais como fazer voluntariado, colaborar na preparação de uma festa/evento, dar catequese, ir a convívios, ou outras.
Dimensão II- Integração Social	
Características da rede social (Fator 2)	Relaciono-me com pessoas muito diferentes, por exemplo em termos de género, idade, nível de escolaridade, condições económicas ou outras. As pessoas da minha comunidade pedem-me ajuda quando precisam. As pessoas da minha comunidade sabem que se precisarem podem contar comigo. Tenho muitas pessoas de quem sou amigo(a). Tenho muitas pessoas com quem falo.
Dimensão da rede social (Fator 3)	Conheço muitas pessoas que não são minhas vizinhas. Muitos dos meus vizinhos conhecem-me. Muitas pessoas que não são minhas vizinhas conhecem-me. Conheço muitos dos meus vizinhos. Sinto que pertenço à minha comunidade.
Dimensão III- Integração Psicológica	
Ligação emocional (Fator 4)	Sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono. Confio nas pessoas com quem me relaciono. Tenho ligação emocional ou afeto pelas pessoas da minha comunidade. As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.
Suporte comunitário (Fator 5)	Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha comunidade. Sei que se precisar posso contar com o apoio das pessoas da minha comunidade. Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, contacto com essa pessoa, por iniciativa própria e sem precisar da ajuda de ninguém.

4.5.1. Propriedades e consistência interna dos itens de cada dimensão

Posteriormente, procedeu-se à análise da consistência interna e propriedade dos itens de cada dimensão, tal como se pode observar nos Quadros 15, 16 e 17, onde os itens são descritos em termos da média, desvio padrão. Na última coluna de cada quadro são apresentados os valores de *alpha* de Cronbach caso cada item fosse removido.

A partir da análise descritiva dos resultados (média e desvio padrão) da Dimensão 1 (Quadro 19) verifica-se que as médias variam entre 1,80 (DP=1,19) e 3,32 (DP=1,09). A maioria dos itens da escala apresentam médias aproximadas de 3 (“Concordo”) sendo que as respostas aos itens foram dadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, que varia entre 0 (“Não tenho opinião sobre isso”) e 4 (“Concordo totalmente”). Estes dados revelam que amostra deste estudo apresenta, no geral, bons indicadores de Integração Física.

O valor de *alpha* de Cronbach do total da dimensão é de 0,833 enquanto os valores de *alpha* de cada um dos itens da dimensão, no caso de cada item ser eliminado, variam entre 0,807 e 0,835. Estes resultados demonstram que tanto a dimensão como cada um dos seus itens possuem bons níveis de consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008). Se o item 16 (“Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras”) fosse eliminado a consistência interna da dimensão aumentaria ligeiramente, apesar disso este item não será excluído devido ao facto de este aumento ser muito pequeno e do seu conteúdo semântico ser relevante para a análise em causa.

Quadro 19- Propriedades dos itens da Dimensão 1- “Integração Física”

Itens	Média	Desvio padrão	<i>alpha</i> de Cronbach
1	2,37	1,15	0,829
6	2,71	1,16	0,82
10	3,32	0,99	0,813
11	3,15	1,11	0,807
16	1,80	1,19	0,835
19	2,93	1,23	0,811
20	3,01	1,18	0,814
24	2,86	1,28	0,824
28	3,18	1,01	0,819
29	3,23	1,09	0,803
33	1,92	1,18	0,829

**correlação significativa até ao nível 0,01

Relativamente à Dimensão 2-“Integração Social” (Quadro 20), os itens que a compõe possuem médias que variam entre 2,45 (DP=1,16) e 3,07 (DP=1,20). A maioria dos itens da escala apresentam médias aproximadas de 3 (“Concordo”) o que revela que a amostra deste estudo apresenta, no geral, bons indicadores de Integração Social.

O valor de *alpha* de Cronbach do total da dimensão é de 0,842, enquanto os valores de *alpha* caso cada item fosse eliminado variam ente 0.818 e 0,836. Estes resultados mostram que tanto a dimensão como cada um dos seus itens possuem uma boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008).

Quadro 20- Propriedades dos itens da Dimensão 2- “Integração Social”

Itens	Média	Desvio padrão	<i>alpha</i> de Cronbach
21	3,07	1,20	0,836
18	2,45	1,16	0,825
22	2,72	1,31	0,830
13	2,49	1,23	0,823
12	2,77	1,16	0,818
3	3,06	1,02	0,828
7	3,02	1,18	0,832
8	2,95	1,20	0,828
2	2,70	1,15	0,830
4	2,83	1,24	0,825

**correlação significativa até ao nível 0,01

Os itens da Dimensão 3-“Integração Psicológica” (Quadro 21) possuem médias que variam entre 1,91 (DP=1,46) e 3,43 (DP=0,99). A maioria dos itens da escala apresentam médias aproximadas de 3 (“Concordo”) o que revela que a amostra deste estudo apresenta, no geral, bons indicadores de Integração Social.

O valor de *alpha* de Cronbach do total da dimensão é de 0,773, enquanto os valores de *alpha* caso cada item fosse eliminado variam ente 0,715 e 0,769. Estes resultados mostram que tanto a dimensão como cada um dos seus itens possuem uma consistência interna razoável (Pestana e Gageiro, 2008).

Quadro 21- Propriedades dos itens da Dimensão 3- “Integração Psicológica”

Itens	Média	Desvio padrão	Alpha de Cronbach
26	2,85	1,14	0,746
25	2,52	1,27	0,750
27	2,58	1,23	0,733
30	3,43	0,99	0,769
9	2,06	1,17	0,754
14	2,28	1,39	0,715
5	3,10	1,16	0,766
31	1,91	1,46	0,745

**correlação significativa até ao nível 0,01

O Quadro 22 revela que existem correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da escala, as quais são positivas e moderadas.

Quadro 22- Correlação entre os domínios da escala

EIC-APP	Integração Social	Integração Psicológica	Total (29 itens)
Integração Física	0,551**	0,456**	0,576**
Integração Social		0,584**	0,663**
Integração Psicológica			0,584**

**correlação significativa até ao nível 0,01

Todos os itens incluídos na última versão da escala apresentam valores correlacionados com o construto em estudo, quer por dimensão, quer como um todo. O valor do *alpha* das 3 dimensões é satisfatório (Quadro 23), na medida em que as dimensões 1 e 2 possuem uma boa consistência interna e a dimensão 3 uma consistência razoável (Pestana & Gageiro, 2008). Estes valores demonstram que o agrupamento dos fatores que emergiram da análise fatorial agrupados nas 3 dimensões, é pertinente e estatisticamente aceitável.

Quadro 23- Estatística descritiva e *alpha* Cronbach das dimensões da escala

Dimensão	Nº Itens	Média	Desvio padrão	alpha Cronbach
1	11	30,49	7,71	0,833
2	10	28,05	7,63	0,842
3	8	20,73	6,13	0,773

Os itens de cada dimensão apresentam bons níveis de consistência interna, o que vem revelar que a forma como os fatores (que emergiram da análise fatorial) foram agrupados pela três dimensões (Quadro 18) é pertinente, tanto em termos teóricos, como estatísticos. Estes resultados vêm reforçar a relevância do modelo teórico de Wong e Solomon (2002), visto que foi este que esteve na base da criação das dimensões da EIC-APP.

4.5.2. Fidelidade da última versão da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos

O *alpha* de Cronbach do total da última versão da escala (29 itens) é de 0,903. No caso de eliminação de cada um dos itens da escala, como demonstra o quadro 20, os valores de *alpha* variam entre 0.897 e 0.902 (Quadro 24). Estes valores, ao estarem próximos e sendo maiores que 0,8, demonstram que a escala tem uma boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008).

Após a análise das propriedades da escala, e realizadas as alterações sugeridas e justificadas ao longo do processo de validação de construto, tal como anteriormente descrito, criou-se a última versão da escala, onde os itens foram reorganizados e renumerados de modo a que se distribuíssem pela escala de forma lógica e alternada. A última versão da escala pode ser visualizada no Anexo 11.

Assim, a última versão da EIC-PP é composta por 29 itens, divididos em 3 Dimensões, as quais, por sua vez, se subdividem em 7 subdimensões (fatores que emergiram da análise fatorial) que são estatística e semanticamente coerentes com a teoria subjacente à criação da escala. A EIC-APP possui qualidades psicométricas aceitáveis o que permite afirmar que a partir desta é possível medir a Integração Comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos, construto que a escala pretende avaliar (Raymundo, 2009).

Os resultados demonstram que a escala, após ter sofrido diversas alterações, continua a revelar bons indicadores psicométricos, o que permite confirmar a hipótese de a última versão da escala apresentar boas qualidades psicométricas no que diz respeito à consistência interna (H.1.2.).

Quadro 24- Valor do *alpha*, no caso de eliminação de cada um dos itens da última versão da EIC-PP

Itens	<i>alpha</i> de Cronbach
1	0,902
2	0,900
3	0,900
4	0,897
5	0,899
6	0,900
7	0,901
8	0,901
9	0,901
10	0,900
11	0,899
12	0,897
13	0,898
14	0,897
16	0,901
18	0,897
19	0,898
20	0,900
21	0,899
22	0,898
24	0,899
25	0,902
26	0,902
27	0,899
28	0,899
29	0,899
30	0,902
31	0,898
33	0,900

4.6. Validade convergente e divergente

4.6.1. Validade convergente

Realizou-se a análise da validade convergente da EIC-APP. Esta análise permite verificar em que medida a correlação da EIC-APP com outros instrumentos que medem o mesmo construto é maior do que a correlação com os que medem construtos distintos (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998 *cit. in* Ribeiro, 2010).

Uma vez que não existe nenhuma escala desenvolvida e validada para avaliar a integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos, foram escolhidas, para

esta análise escalas que avaliam construtos relacionados com a integração comunitária. Assim, a validade convergente da EIC-APP foi testada a partir da correlação desta com as seguintes escalas: Escala Warwick-Edinburgh de Saúde Mental (WEMWBS); Escala de satisfação com a vida (ESV); Índice de sentimento de comunidade, versão 2 (ISC-II) e a Escala Geral da Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas (BPNS-G). Como são escalas que não avaliam o mesmo construto que a EIC-APP, optou-se por usar, nesta análise, mais escalas do que na análise da validade divergente.

As referidas análises de correlação foram realizadas recorrendo-se ao teste *R* de Pearson, uma vez que todas apresentavam valores estatisticamente adequados à aplicação do mesmo.

Os resultados da correlação entre o total da EIC-APP e o total da Escala Warwick-Edinburgh de Saúde Mental, revelam que estas duas medidas se correlacionam positivamente, sendo esta correlação moderada (0,439) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Estes resultados vêm ao encontro da literatura que aponta que a participação e integração se encontra positivamente relacionada com o bem-estar (Burns-Lynch, Salzer & Baron, 2010) e que esta poderá ter um impacto positivo no bem-estar dos indivíduos com problemas psiquiátricos (Wong, Matejkowski & Lee, 2011). Consideramos que o inverso também ocorre visto que maiores níveis de bem-estar mental propiciam melhores níveis de integração.

O teste de correlação entre o total da EIC-APP e o total da Escala de satisfação com a vida, demonstrou que existe uma associação positiva fraca (0,323), estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre as variáveis. Embora não existam estudos que confirmem esta relação, esta é apontada pelos autores Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey e Fisher (2008) ao afirmarem que integração comunitária melhora a qualidade de vida dos indivíduos com problemas psiquiátricos.

Os valores resultantes da correlação entre o total da EIC-APP e o total do Índice de sentimento de comunidade, versão 2, revelam a existência de uma associação positiva moderada (0,579), estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre as referidas variáveis. Este resultado demonstram que tal como afirmam os autores Townley e Kloos, (2009) o sentimento de comunidade influencia positivamente a integração comunitária.

Os resultados da correlação do total da EIC-APP e o total da Escala Geral da Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas, revelam que estas duas medidas se correlacionam positivamente, sendo esta correlação moderada (0,581) e estatisticamente

significativa ($p < 0,001$). Estes dados poderão ser indicadores de que a comunidade onde os participantes deste estudo estão inseridos dispõe de meios que permitem ao indivíduo satisfazer as suas necessidades psicológicas básicas, tal como referem Molix e Nichols (2013), o que favorece, simultaneamente, a sua integração comunitária.

Verifica-se que as correlações entre o total da EIC-APP e outras escalas que avaliam construtos relacionados com a integração comunitária (WEMWBS, ESV, ISC II e BPNS-G), são positivas e estatisticamente significativas, o que vem demonstrar a validade convergente da escala e confirmar a hipótese de que as pontuações mais elevadas na EIC-APP equivalem a pontuações mais elevadas em medidas convergentes (H1.4.). Contudo, as correlações são fracas ou moderadas o que poderá ser justificado pelo facto da validade convergente desta escala estar a ser testada com instrumentos que não medem exatamente o mesmo construto que a EIC-APP.

4.6.2. Validade divergente

Segundo a mesma lógica, avaliou-se a validade divergente da EIC-APP, através de um procedimento semelhante ao anterior. Com esta análise, pretende-se verificar a correlação deste instrumento com outros instrumentos que meçam construtos distintos, neste sentido associações negativas revelam a existência de validade divergente (Herdman, *et. al*, 1998, *cit. in* Ribeiro, 2010).

Para a concretização desta análise foram escolhidos dois instrumentos que avaliam construtos considerados como contrários ou divergentes ao defendido como constituindo a integração comunitária. Para isso, foram escolhidas a Escala de atitudes sobre problemas psiquiátricos (EAPP) e a Escala de Comportamento Submisso (SBS).

O teste de correlação entre o total da EIC-APP e o total da Escala de atitudes sobre problemas psiquiátricos, demonstrou que existe uma associação negativa (-0,265), estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre as escalas estudadas, o que vai ao encontro do referido no estudo de Hickling, Robertson-Hickling e Paisley (2011) que apontam para o facto da integração comunitária diminuir os níveis de estigma e vergonha associados aos problemas psiquiátricos. Assim, é expectável que altos níveis de integração comunitária não sejam compatíveis com altos níveis de estigma e vice-versa (quando uma das variáveis aumenta a outra desce). O mesmo se verificou com a análise da correlação entre o total da EIC-APP e o total da SBS, que demonstrou que estas duas medidas apresentam uma correlação negativa (-0,383) estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A partir destes

resultados, poderá inferir-se que indivíduos com comportamentos submissos têm um menor nível de integração, o que poderá dever-se ao facto das características deste tipo de comportamentos não serem favoráveis à integração comunitária. Por outro lado, sabemos que os indivíduos com sintomas depressivos têm uma maior tendência para apresentar este tipo de comportamentos (Allan & Guilbert,1997) podendo estar, neste último caso, os aspetos relativos aos sintomas depressivos a influenciar a integração comunitária dos doentes, não sendo os comportamentos submissos em si mesmos os responsáveis por este resultado. No entanto, esta análise é meramente especulativa, carecendo de exploração e confirmação posterior. Por todos estes motivos, mostra-se pertinente estudar a influência do comportamento submisso na integração comunitária dos indivíduos.

Os resultados obtidos demonstram a validade divergente da escala e permitem confirmar a hipótese de que pontuações mais elevadas na EIC-APP equivalem a pontuações mais baixas em medidas divergentes (H.1.5.).

5. Limitações e potencialidades do estudo

Embora este estudo apresente dados importantes na área da integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, contem um conjunto de limitações que será importante enumerar.

A escassez de estudos na área da integração comunitária de pessoas com doença mental, foi um dos aspetos que dificultou a concretização deste estudo, visto que a falta de conhecimentos acerca desta área não permitiu uma maior exploração e aprofundamento de determinados pontos deste trabalho.

O protocolo de investigação deste estudo, ao ser extenso, incluindo várias escalas, poderá ter influenciado a qualidade e o rigor das respostas dadas pelos participantes. Por outro lado, as características ou sintomas próprios das patologias psiquiátricas (e.g. dificuldade de concentração; falta de energia; ansiedade) poderão ter dificultado a resposta a um protocolo desta dimensão. No entanto, procurou-se minimizar estes aspetos condicionantes da investigação, ao dar a possibilidade aos respondentes de levarem o protocolo de investigação consigo, de modo a disporem do tempo que achassem necessário para o seu preenchimento. Outra das formas de minimizar esta limitação foi indicar ao participante que deveria escolher um momento propício para a realização do mesmo. Apesar da dimensão do protocolo de investigação, muitos participantes referiram que o seu preenchimento permitiu uma melhor reflexão e conhecimento de si mesmos.

O estado de saúde mental do participante durante a realização do protocolo é mais um dos aspetos que não foi possível controlar e que poderá ter influenciado as respostas dos participantes. No entanto, para minimizar este aspeto, foi solicitado a todos os doentes com maiores dificuldades o preenchimento do Exame de Estado Mental Modificado.

As características da amostra em estudo levaram a que fosse necessário recorrer a diversas formas de recolha de dados, o que poderá ter influenciado as respostas, isto é, um indivíduo que responde ao protocolo de forma independente poderá responder de forma distinta da levada a cabo por indivíduos que respondem às mesmas questões em formato de entrevista, dadas as questões de desejabilidade social. Outra das limitações desta investigação reside no facto de não se terem incluído na amostra indivíduos institucionalizados com problemas psiquiátricos, visto que, segundo a literatura, os indivíduos com problemas desta natureza que vivem em instituições apresentam formas de integração comunitária distinta (Leff & Warner, 2008), as quais seria relevante analisar. Este é um dos aspetos a ter em consideração em estudo futuros com esta escala.

O facto desta escala ter sido validada apenas junto de uma amostra de açorianos dificulta saber se os resultados obtidos se ficam a dever à pouca sensibilidade da escala ou a características específicas desta comunidade. Neste momento estão em curso dois estudos de adaptação e validação da EIC-APP em comunidades de Portugal continental e Estados Unidos da América.

Torna-se importante referir que o Estudo 1 desta dissertação contribui para a disponibilização de um instrumento de autorresposta válido, uma vez que esta escala apresentou indicadores psicométricos adequados no que se refere à validade. Este estudo destaca-se pelo seu carácter inovador, uma vez que existem poucos estudos sobre a temática da integração comunitária de indivíduos com doença mental, vindo a EIC-APP a tornar-se uma ferramenta válida e útil, que facilitará o desenvolvimento de estudos nesta área de intervenção. Este facto constitui uma mais-valia, visto ser a partir do melhor conhecimento da realidade que se poderá continuar a progredir no sentido de uma saúde mental comunitária mais eficaz e favorável aos processos de *recovery* de indivíduos com problemas psiquiátricos.

6. Conclusões

A inexistência de instrumentos que avaliassem as várias dimensões da integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos levou a que o Estudo 1 desta dissertação tivesse como objetivo o desenvolvimento da validação da EIC-APP, numa amostra de adultos com doença mental, residentes na Região Autónoma dos Açores. Após a realização de um conjunto de procedimentos e análises estatísticas, verificou-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, pois os dados obtidos quanto às qualidades psicométricas da escala apontam para a adequação do instrumento.

Após à análise de construto e das propriedades dos fatores que emergiram da análise fatorial, concluiu-se que os itens da EIC-APP se enquadram nas três dimensões do modelo de integração comunitária de indivíduos com doença mental de Wong & Solomon (2002), modelo que esteve na base da criação deste instrumento.

A última versão da EIC-APP revelou possuir uma boa consistência interna, quer para cada uma das dimensões, quer para o total da escala. Os estudos de validade divergente e convergente também revelaram resultados favoráveis à adequabilidade da EIC-APP.

A concretização desta escala vem responder às sugestões de vários autores (Wong & Salomon; Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007) que apontavam ser necessária a criação de uma escala que avaliasse a integração comunitária de pessoas com doença mental de uma forma abrangente, incluindo as várias dimensões deste construto e incluindo uma noção mais ampla de comunidade.

Deste modo, a partir da análise dos resultados encontrados neste estudo, é possível concluir que a Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos (EIC-APP) constitui uma medida válida que permite avaliar os níveis de integração de indivíduos com doença mental, bem como as suas três dimensões (Física, Social e Psicológica). A EIC-APP poderá ser um instrumento muito válido no sentido de se conhecer de que forma os indivíduos com doença mental se encontram integrados na comunidade e, deste modo, desenvolver programas de intervenção no âmbito da saúde mental, sustentados a partir de dados fidedignos.

Capítulo III

Estudo 2

Caracterização da integração comunitária de uma amostra de adultos com problemas psiquiátricos

Capítulo III - *Estudo 2* - Caracterização da integração comunitária de uma amostra de adultos com problemas psiquiátricos

1. Introdução

A integração comunitária de pessoas com doença mental, é uma abordagem recente (Ornelas, 2008), ainda pouco explorada na literatura, carecendo, por isso, de estudos que explorem mais esta realidade (Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007, Wong & Solomon). Deste modo, o Estudo 2 pretende vir responder a esta necessidade, ao caracterizar uma amostra de 183 indivíduos com doença mental no que se refere aos níveis de integração comunitária que obtiveram a partir da EIC-APP.

Ainda pouco se sabe sobre quais os fatores, individuais, comunitários e de suporte, que permitem uma integração comunitária bem-sucedida de pessoas que sofrem de graves problemas de saúde mental (Wong & Solonom, 2002). Assim, com o Estudo 2 pretende-se, caracterizar a integração comunitária em função dos aspetos sociodemográficos da amostra. No final deste estudo, irão comparar-se os níveis de integração comunitária da amostra de pessoas com doença mental com uma amostra de pessoas da população geral. Os fatores sociodemográficos que revelarem exercer alguma influência sobre os níveis de integração comunitária da amostra de doentes psiquiátricos, serão analisados na amostra da população geral. Este procedimento destina-se a verificar se as diferenças observadas na amostra de doentes psiquiátricos se devem apenas ao fator sociodemográfico em causa ou à psicopatologia apresentada pelos doentes. Este último ponto mostra ser um aspeto inovador entre as investigações desta área, visto que, segundo Gulcur, Tsemberis, Stefancic & Greenwood, 2007, e excetuando o trabalho realizado por com Aubry e Myner (1996), poucos estudos têm realizado comparações entre indivíduos com problemas psiquiátricos e indivíduos da população geral.

1.1. Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo caracterizar os níveis de integração comunitária de uma amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos, residentes no Grupo Oriental da Região Autónoma dos Açores (Santa Maria e São Miguel)

A integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, medida a partir da EIC-APP, é a variável que se pretende analisar no presente estudo. Deste modo, procedeu-se à caracterização da integração comunitária na população de indivíduos com

problemas psiquiátricos tentando, posteriormente, perceber quais as variáveis sociodemográficas e as relacionadas com a doença psiquiátrica que influenciavam essa mesma integração. Posto isto, tentou-se analisar se as variáveis sociodemográficas que influenciam a integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos têm algum impacto na integração comunitária dos indivíduos da população geral. Por fim, apresentamos os resultados da comparação das médias dos resultados obtidos na EIC-APP em ambos os grupos.

Tendo em conta o referido, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar os níveis de integração comunitária de uma amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos.

2. Observar em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, nomeadamente ao nível do:

2.1. género;

2.2. idade;

2.3. estado civil;

2.4. meio onde vive;

2.5. escolaridade;

2.6. situação atual de emprego;

2.7. nível socioeconómico.

3. Estudar a influência das variáveis relacionadas com o problema psiquiátrico nos níveis de integração comunitária de uma amostra de indivíduos com problemas, principalmente ao nível do seu diagnóstico e da existência ou não de internamento psiquiátrico:

4. Estabelecer comparação entre os níveis de integração comunitária de uma amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos e indivíduos da população geral.

5. Verificar se as variáveis sociodemográficas que influenciam a integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos também afetam a integração comunitária da amostra da população geral.

Na persecução dos objetivos específicos definidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1. A amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos apresenta baixos níveis de integração comunitária;

H2. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de integração comunitária de uma amostra de indivíduos com doenças mental e uma amostra de indivíduos da população geral;

H3. As variáveis sociodemográficas influenciam a integração comunitária da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos;

H4. As variáveis relacionadas com o problema psiquiátrico influenciam a integração comunitária da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos;

H5. As variáveis sociodemográficas que influenciam a integração comunitária da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos também afetam a integração comunitária da amostra da população geral.

2. Metodologia

2.1. Caracterização da amostra

Para a realização do Estudo 2 constituíram-se duas amostras, uma composta por 183 indivíduos com problemas psiquiátricos, caracterizada no Estudo 1, e uma amostra de 228 indivíduos da população geral.

Na amostra da população geral foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos, residentes na Região Autónoma dos Açores há mais de 3 anos e a quem nunca tenha sido diagnosticado um problema psiquiátrico. Todos os indivíduos que não preenchiam os critérios de inclusão anteriormente referidos, não foram incluídos na amostra da população geral deste estudo. Assim, e tal como previamente referido, a amostra da população geral em análise no Estudo 2 é composta por 228 indivíduos, 66 do sexo masculino (28,9%) e

162 do sexo feminino (71,1%), com **idades** compreendidas entre os 19 e os 81 anos (M=42; DP=13,95).

Quanto ao **estado civil** dos participantes, 54,8% (N=125) são casados, 30,7% (N=70) são solteiros; 7% (N=16) são divorciados, 5,3% (N=12) estão em união de facto e 2,2% (N=5) são viúvos.

Relativamente ao **meio onde os participantes vivem**, 74,1% (N=169) vivem em meio rural, enquanto os restantes 25,9% (N=59) vivem em meio urbano. O meio onde cada um dos indivíduos vive foi definido tendo em consideração a “Classificação das freguesias situadas em lugar urbano” exposta no Anexo 2 e os dados dos Censos 2011 (Anexo 3), similarmemente ao efetuado para a amostra respeitante ao grupo de indivíduos com patologia psiquiátrica.

No que se refere às **habilitações literárias** dos participantes, e tal como é visível no Quadro 25, o nível de escolaridade com maior relevo na amostra é o ensino secundário (35,1%; N=80), seguido do ensino superior (26,3%; N=60). Por sua vez, a ausência de escolaridade (0,9%; N=2) é a situação menos frequente.

Quadro 25 - Habilitações literárias indivíduos da população geral

Nível escolar	N	%
Sem 1º Ciclo completo	2	,9
1º Ciclo	16	7,0
2º Ciclo	20	8,8
3º Ciclo	50	21,9
Secundário	80	35,1
Ensino superior	60	26,3

Relativamente à **situação atual de emprego** da população geral (Quadro 26), constata-se que a situação com maior relevo é a de “Trabalho remunerado” (68%, N=155), enquanto a “Reforma por invalidez” é a situação com menos evidência.

Quadro 26- Situação atual de emprego indivíduos da população geral

Situação	N	%
Trabalho remunerado	155	68,0
Reforma por tempo de contribuição ou trabalho / Baixa médica	17	7,5
Reforma por invalidez	3	1,3
Estudante	19	8,3
Desempregado e Doméstica	31	13,6

Finalmente, no que se refere ao **nível socioeconómico** dos participantes, definidos de acordo com os critérios de Almeida 1988 (Anexo 4), os resultados demonstram que os níveis médio e baixo são os mais frequentes nesta população, representando respetivamente 47,4% (N=108) e 42,1 (N=96) dos indivíduos da amostra. Os restantes indivíduos, por sua vez, possuem um nível socioeconómico elevado 10,5% (N=24).

2.2. Instrumentos

Para a concretização deste estudo utilizaram-se vários instrumentos de medida, que foram incluídos no protocolo de investigação utilizado neste estudo (Anexo 6). Os instrumentos utilizados neste estudo foram o “Questionário sociodemográfico”, descrito no Estudo 1 e a última versão da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátrico.

2.2.1. EIC-APP Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos (Última Versão) (Barreto Carvalho, C.& Cabral, J.)

A Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos é um instrumento de auto-resposta destinada a adultos (a partir dos 18 anos) com problemas psiquiátricos. O instrumento é composto por um total de 29 itens. A resposta aos itens é realizada numa escala de 0 (“Não tenho opinião sobre isso”) a 4 (“Concordo totalmente”), sendo que as cotações mais elevadas indicam níveis mais altos de integração comunitária.

2.3. Procedimentos de investigação

No que diz respeito à recolha dos dados, esta respeitou os princípios éticos e deontológicos pelos quais se rege a investigação e já, descritos no estudo anterior.

Como forma de se perceber, quer se a variável diagnóstico psiquiátrico influencia os resultados obtidos na EIC-APP, quer se determinadas variáveis sociodemográficas influenciam a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, aplicou-se o “Questionário sociodemográfico” e a EIC-APP junto de duas amostras, das quais uma é composta por indivíduos com problemas psiquiátricos e outra constituída por indivíduos a quem nunca foram diagnosticados problemas desta natureza.

O processo de recolha de dados junto de indivíduos com problemas psiquiátricos encontra-se descrito no Estudo 1. A recolha de dados na população geral, que neste estudo tem o papel de grupo controlo, foi realizada nas ilhas de Santa Maria e São Miguel,

procurando-se que fosse constituída por indivíduos com características próximas à amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos. Assim sendo, tratasse de uma amostra de conveniência (Carmo & Ferreira, 1998).

Após a coleta de dados e respetiva inserção numa base de dados, estes foram sujeitos a um conjunto de procedimentos estatísticos, de forma a cumprir-se com os objetivos deste estudo.

2.4. Procedimentos estatísticos

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa do SPSS, versão 15,0.

Para a caracterização geral da amostra e respetivas variáveis sociodemográficas, procedeu-se à estatística descritiva (medidas de tendência central, frequências e percentagens). Nos estudos de correlação entre as variáveis recorreu-se ao teste de Pearson (estatística inferencial paramétrica). Para a comparação de grupos procedeu-se à análise da variância com recurso ao T-teste e Anova.

3. Resultados e discussão

A integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, medida a partir da EIC-APP, é a variável que se pretende analisar no presente estudo. Deste modo, procedeu-se à caracterização da integração comunitária na amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos, tentando posteriormente perceber quais as variáveis sociodemográficas e as relacionadas com a doença psiquiátrica que poderão influenciar essa mesma integração. Posto isto, tentou-se analisar se variáveis sociodemográficas que influenciam a integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos têm algum impacto na integração comunitária dos indivíduos da população geral. Por fim, apresentamos os resultados da comparação das médias dos resultados obtidos na EIC-APP em ambos os grupos.

3.1. Caracterização dos níveis de integração comunitária numa amostra de pessoas com problemas psiquiátricos

No que se refere aos níveis de integração comunitária na população estudada, verifica-se que a amostra tende para resultados elevados na EIC-APP, uma vez que a média de resultados obtidos no total da escala é de 84,43 (DP=16,52). A maioria dos participantes (87,5%, N=160) apresenta valores acima do valor médio da escala (variando

entre 0 - valor mínimo - e 116 - valor máximo - com valor médio de 58), enquanto 12% (N=22) apresenta valores de integração comunitária entre 30 e 57 e apenas 1 (5%) participante apresenta um resultado inferior a 30 (Quadro 27). Tendo em conta os critérios de cotação da EIC-APP, definidos no ponto 2.2.1 do Estudo 1, poderá dizer-se que os resultados demonstram que a maioria dos participantes apresenta níveis médios e altos de Integração Comunitária.

Quadro 27- Caracterização dos níveis de Integração Comunitária

Valores obtidos no Total EIC-APP	%	N
Integração comunitária muito baixa 1-29	5	1
Integração comunitária baixa 30-57	12	22
Integração comunitária média 58-87	52,5	96
Integração comunitária alta 88-116	35	64
Total	100	183

A Dimensão 1- “Integração Física” apresenta resultados com valor médio de 31,13 (DP=6,87). A maioria dos participantes (60,1%, N=110), obteve valores elevados comparativamente aos valores possíveis de se obter nesta dimensão (variando entre 0 - valor mínimo - e 44- valor máximo - com valor médio de 22). Dos restantes participantes 35,5% (N=65) obtiveram valores entre 15 e 29 e 4,4% (N=8) apresentaram valores entre 0 e 14 (Quadro 28). Estes dados demonstram que os participantes apresentam níveis médios e altos de Integração Física.

Quadro 28 Caracterização dos níveis de Integração Física

Total Dimensão 1	%	N
Integração comunitária Física 0-14	4,4	8
Integração comunitária Física 15-29	35,5	65
Integração comunitária Física 20-44	60,1	110
Total	100	183

Os resultados obtidos na Dimensão 2- “Integração Social” têm um valor médio de 29,55 (DP=6,97). A maioria dos participantes (58,5%, N=107) possui valores superiores aos valores possíveis de se obter nesta dimensão (que varia entre 0 - valor mínimo - e 40- valor máximo - com valor médio de 20). Dos restantes participantes, 37,2% (N=65) obtiveram valores entre 14 e 27 e 4,4% (N=8) apresentaram valores entre 0 e 13 (Quadro

29). Estes dados demonstram que os participantes apresentam níveis médios e altos de Integração Social.

Quadro 29- Caracterização dos níveis de Integração Social

Total Dimensão 2	%	N
Integração comunitária Física 0-13	4,4	8
Integração comunitária Física 14-27	37,2	68
Integração comunitária Física 28-40	58,5	107
Total	100	183

No que respeita à Dimensão 3- “Integração Psicológica”, obteve um valor médio de 21,75 (DP=0,93). Os valores mais frequentes nesta dimensão (que varia entre 0 - valor mínimo - e 32- valor máximo - com valor médio de 16) encontram-se entre 22 e 32 (47%, N=86), seguidos dos que se encontram entre 11 e 21 (45,9%, N=84), sendo que os valores menos frequentes se encontram entre 0 e 10 (7,1%, N=13) (Quadro 30).

Quadro 30- Caracterização dos níveis de Integração Social

Total Dimensão 3	%	N
Integração comunitária Física 0-10	7,1	13
Integração comunitária Física 11-21	45,9	84
Integração comunitária Física 22-32	47	86
Total	100	183

Perante a análise dos resultados obtidos pela amostra em estudo na EIC-APP poderá afirmar-se que os indivíduos com doença mental que participaram neste estudo, se encontram integrados na comunidade, uma vez que a maioria apresenta valores acima da média esperada, quer em termos dos resultados obtidos no total da escala, quer nos resultados obtidos no total de cada dimensão.

A partir da análise das médias dos resultados obtidos no total de cada dimensão, ainda é possível verificar que as Dimensões 1 e 2 apresentam médias com 9 valores acima do valor médio esperado em cada uma delas, por sua vez, a Dimensão 3 apresenta uma média com 5 valores acima da média esperada. Estes resultados demonstram que os participantes tendem a revelar níveis de Integração Comunitária e Psicológica ligeiramente mais baixos do que os obtidos nos níveis de Integração Comunitária Física e Social.

Posto isto, passou-se à análise dos resultados médios obtidos em cada item da EIC-APP. A partir do Quadro 31 observa-se que os itens que obtiveram, em média, valores

mais altos foram o item nº26 “As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim” (M=3,43; DP=0,99) seguido do item nº8 “Desloco-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi” (M=3,32; DP=0,99). O que revela que os indivíduos assumem altos níveis de ligação com as pessoas que o rodeiam, atribuindo-lhes importância, bem como demonstram altos níveis de autonomia no que se refere à sua movimentação dentro da comunidade.

Relativamente aos itens com médias mais baixas, destacam-se o 13 “Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras” (M=1,80; DP=1,185) e o item 29 “Participo em atividades na minha comunidade, tais como fazer voluntariado, colaborar na preparação de uma festa/evento, dar catequese, ir a convívios, ou outras” (M=1,92; DP=1,18). O que demonstra que os participantes apresentam níveis mais baixos de participação na comunidade. No entanto, quer nos itens com médias mais altas, quer com médias mais baixas, observa-se que as médias apresentam uma dispersão muito elevada, atendendo ao valor do desvio padrão (Quadro 31), o que demonstra que a opinião dos indivíduos da amostra estudada são muito diferentes no que concerne a estas questões.

Através das análises realizadas anteriormente, relativamente aos resultados obtidos na EIC-APP, poder-se-á afirmar que a amostra em estudo apresenta bons níveis de integração comunitária, o que leva a rejeitar a hipótese inicialmente formulada, a partir de dados referidos na literatura, de que “a amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos apresenta baixos níveis de integração comunitária” (H1). Estes resultados poder-se-ão justificar pelo facto dos participantes viverem junto da população geral e não em algum tipo de instituição psiquiátrica ou ambiente protegido. De facto, e segundo Carling (1990) e Wong & Solomon (2002 *cit. in* Kloos & Shah, 2009), o facto dos indivíduos viverem em contextos propícios ao contacto com outros membros da comunidade e em ambientes normalizados pode diminuir os níveis de estigma associado ao problema psiquiátrico e, por sua vez, a sua integração.

Estes resultados também poderão ficar a dever-se ao facto de a amostra em estudo ser residente numa mesma região, a qual poderá ter característica de vivência social propícias à integração comunitária dos indivíduos em geral e das pessoas com patologia mental em particular.

Quadro 31- Médias e desvio-padrão dos itens da EIC-APP

Nº	Conteúdo dos itens	M	DP
1	Passo parte do meu tempo fora de casa.	2,37	1,15
2	Conheço muitos dos meus vizinhos.	2,70	1,15
3	Conheço muitas pessoas que não são minhas vizinhas.	3,06	1,02
4	Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, contacto com essa pessoa, por iniciativa própria e sem precisar da ajuda de ninguém.	3,10	1,16
5	Saio de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.	2,71	1,16
6	Sinto que pertenço à minha comunidade.	2,83	1,24
7	Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha comunidade.	2,06	1,17
8	Desloco-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi.	3,32	0,99
9	Vou sozinho(a) aos serviços sociais, à clínica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros	3,15	1,11
10	Muitos dos meus vizinhos conhecem-me.	3,02	1,13
11	Muitas pessoas que não são minhas vizinhas conhecem-me.	2,95	1,20
12	Sei que se precisar posso contar com o apoio das pessoas da minha comunidade.	2,28	1,39
13	Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras.	1,80	1,19
14	Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.	2,93	1,23
15	Tenho muitas pessoas com quem falo.	2,77	1,16
16	Confio nas pessoas com quem me relaciono.	2,52	1,27
17	Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.	2,93	1,23
18	Tenho muitas pessoas de quem sou amigo(a).	2,49	1,23
19	Sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.	2,85	1,14
20	Saio de casa por minha vontade.	3,01	1,18
21	Se necessário recorro aos serviços e recursos que a comunidade oferece, tais como centro de emprego, junta de freguesia, casa do povo ou outros	2,86	1,28
22	As pessoas da minha comunidade pedem-me ajuda quando precisam.	2,45	1,16
23	Tenho ligação emocional ou afeto pelas pessoas da minha comunidade.	2,58	1,23
24	Tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.	3,18	1,01
25	Relaciono-me com pessoas muito diferentes, por exemplo em termos de género, idade, nível de escolaridade, condições económicas ou outras.	3,07	1,20
26	As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.	3,43	0,99
27	Se necessário vou tratar de assuntos a locais públicos, tais como o banco, os correios, o supermercado, ou outros.	3,23	1,09
28	As pessoas da minha comunidade sabem que se precisarem podem contar comigo.	2,72	1,31
29	Participo em atividades na minha comunidade, tais como fazer voluntariado, colaborar na preparação de uma festa/evento, dar catequese, ir a convívios, ou outras.	1,92	1,18

Deste modo, torna-se relevante comparar estes resultados com os da população em geral, para verificar se estes altos níveis de integração comunitária são característicos de toda a população, o que poderá fazer com que a integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos não seja afetada pela patologia que apresentam.

3.2. Comparação entre a média de resultados da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos e a amostra de indivíduos da população geral

A comparação entre as médias do total da EIC-APP alcançadas na amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos e na amostra de indivíduos da população geral, demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas [$T(409)=-5,907$; $p=0,000$] entre os resultados dos dois grupos ($p<0,05$) (Quadro 32). O mesmo se verifica em relação aos resultados obtidos nas dimensões da escala, as quais apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo ($p<0,05$). As diferenças reveladas, indicam que a amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos, possui níveis inferiores de integração comunitária comparativamente à amostra de indivíduos sem problemas desta natureza.

Quadro-32 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do problema psiquiátrico

EIC-APP	Pessoas com problemas psiquiátricos			Pessoas da população geral			t	df	p
	M	DP	N	M	DP	N			
Dimensão1	30,49	7,71	228	35,25	5,24	183	-7,430	409	,000
Dimensão2	28,05	7,63	228	30,76	6,17	183	-3,983	409	,000
Dimensão3	20,73	6,13	228	22,57	5,64	183	-3,166	409	,002
Total	79,27	17,80	228	88,58	14,16	183	-5,907	409	,000

Estes resultados permitem confirmar a hipótese de que “existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de integração comunitária de uma amostra de indivíduos com doenças mental e uma amostra de indivíduos da população geral” (H2).

O facto da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos apresentarem níveis inferiores de integração comunitária, vai ao encontro dos dados referidos na literatura (Silverman & Segal, 1994; Timko & Moos, 1998 e Abdallah *et. al*, 2009) que referem que

os problemas psiquiátricos afetam a integração dos indivíduos, uma vez que os sintomas característicos das perturbações psiquiátricas interferem na capacidade do indivíduo se envolver em atividades sociais (Leff & Warner, 2008). Verifica-se, ainda, que apesar da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos ter apresentado níveis de integração comunitária acima da média, a amostra da população geral deste estudo supera esses resultados, o que demonstra que as características das comunidades, das ilhas de Santa Maria e São Miguel, onde os indivíduos das amostras em estudo se inserem, é favorável à integração dos indivíduos. Contudo, o facto da comunidade ser integradora parece não ser suficientes para “impedir” que as limitações provocadas pelos problemas psiquiátricos, não afetem, de alguma forma, a integração comunitária dos indivíduos. Perante estes dados revelasse importante que, em estudos futuros sobre esta temática ou em programas de promoção da integração comunitária de indivíduos com doença mental, se dê especial atenção à influência que os sintomas psicopatológicos têm na vida social dos indivíduos.

Será ainda importante verificar, em estudos futuros, quais as características presentes nas comunidades, onde se inserem as amostras em estudo, que influenciam a integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos, de forma a que se possa investir no melhoramento das características que são favoráveis à integração comunitária e agir no sentido de minimizar as características que dificultam essa mesma integração.

3.3. Caracterização da Integração Comunitária em função de aspetos sociodemográficos da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos

Para confirmar os resultados anteriores sobre a influência das variáveis sociodemográficos nos níveis de integração comunitária procedeu-se a análises de variância, recorrendo-se ao Teste T nas variáveis com 2 grupos independentes e à análise ANOVA em variáveis com mais de 2 grupos, tendo-se como fatores as variáveis sociodemográficas e como variáveis dependentes o total da EIC-APP e as suas dimensões.

3.3.1. Género

No que se refere à variável género, a comparação entre as médias obtidas no total da EIC-APP, nos dois grupos constituídos por indivíduos do sexo masculino e feminino, mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis totais de Integração Comunitária [T (181)= -1,566 p= 0,119] em função do género (Quadro 33).

Relativamente às dimensões da EIC-APP verificasse que os géneros não apresentam diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos nas dimensões 2 e 3 ($p > 0,05$). Contudo, observam-se diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos na dimensão 1 ($p < 0,05$), que revela que as mulheres apresentam uma média de Integração física ($M=31,29$; $DP=7,36$) superior à dos homens ($M=28,34$; $DP=8,24$).

Os resultados apresentados vão ao encontro dos obtidos num estudo de Abdallah e colaboradores (2009), que revelaram que as mulheres apresentam uma maior integração do que os homens. Neste estudo as diferenças de integração revelam-se em termos da dimensão física, o que poderá estar relacionado com o facto de, tal como sugerem Gulcur, Tsemberis, Stefancic e Greenwood (2007), haver uma associação entre o sexo feminino e a independência. Para além disso, estes resultados poderão ter a ver com as características socioculturais da comunidade onde se inserem os indivíduos desta amostra, onde poderá haver a tendência de delegar tarefas às mulheres, que exigem que estas desenvolvam a sua integração física, isto é, atividades que impliquem a independência, o contacto frequente com a comunidade, a participação comunitária e a utilização dos recursos comunitários (Segal et al., 1980, *cit. in* Wong & Solomon, 2002). Contudo, este é um aspeto que se encontra pouco explorado na literatura, sendo relevante analisa-lo de uma forma mais aprofundada para que se possam perceber quais os fatores fazem com que mulheres e homens tenham níveis de integração comunitária física diferentes.

Quadro-33 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do género (N=183)

EIC-APP	Masculino		Feminino		t	df	p
	M	DP	M	DP			
Dimensão1	28,34	8,24	31,29	7,36	-2,33	181	,020
Dimensão2	27,20	7,42	28,36	7,70	-0,92	181	,357
Dimensão3	20,38	5,72	20,86	6,29	-0,47	181	,635
Total	75,92	18,06	80,52	17,60	-1,56	181	,119

3.3.2. Idade

Relativamente à variável idade, a média total da EIC-APP, obtida nos 4 grupos de idades, revela que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de Integração Comunitária [$F(3) = 1,48$; $p = 0,221$] em função do grupo etário (Quadro34).

Também é possível observar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e os resultados obtidos nas dimensões da escala ($p > 0,05$).

Quadro-34 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em relação à da idade (N=180)

Grupo		Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Total EIC-APP
18 aos 33 anos	M	2,60	2,4	2,34	76,19
	DP	0,53	0,54	0,60	15,99
34 aos 49 anos	M	2,5	2,5	2,40	79,00
	DP	0,58	0,61	0,63	17,35
50 aos 65 anos	M	2,57	2,6	2,42	80,65
	DP	0,62	0,58	0,64	19,16
66 aos 81 anos	M	2,50	2,8	2,63	89,50
	DP	0,53	0,35	0,51	19,64
	F	0,11	1,71	0,50	1,48
	p	0,94	0,16	0,68	0,221

Os resultados anteriormente descritos não estão em concordância com determinados estudos (Abdallah *et. al*, 2009, Kruzich, 1985 e Segal, Everett-Dille, 1980, *cit. in* Abdallah *et. al*, 2009) que apontam para o facto da idade exercer influência na integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos, sendo que, segundo estes autores, os indivíduos mais jovens possuem maiores níveis de integração comunitária do que os indivíduos mais velhos. Esta análise permitir-nos-á inferir que a comunidade onde se inserem os indivíduos desta amostra, apresentam características favoráveis à integração comunitária de adultos de qualquer idade. Contudo, este é um aspeto de carece ser desenvolvido em estudos futuros sobre esta temática.

3.3.3. Estado Civil

No que se refere ao estado civil, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias do total da EIC-APP [$F(3) = 2,15$; $p = 0,076$] dos grupos com diferentes estados civis (Quadro 35). Os resultados, revelam, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos nas dimensões 1 e 3 da escala ($p > 0,05$). Contudo, existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas na dimensão 2 em função do estado civil ($p < 0,05$), o teste post-hoc de

Tukey mostra que essas diferenças se encontram entre o grupo de solteiros e viúvos, visto que os viúvos apresentam um valor mais elevado de Integração Social (M= 34,86; DP=5,14) comparativamente aos solteiros (M=26,12; DP=6,94). Na literatura não existem dados que refiram a influência do estado civil na integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos, contudo, estes resultados poderão dever-se ao facto das limitações provocadas pela doença psiquiátrica afetarem a capacidade do indivíduo estabelecer relações sociais com outros indivíduos fazendo, assim, com que estes adultos ainda se encontrem solteiros, o que se acaba por se refletir, também, nos seus níveis de integração comunitária social. Sendo que o estado civil dos indivíduos deverá ser mais um dos fatores a ser analisado de forma mais aprofundada em estudos futuros sobre a integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos.

A viuvez é uma condição mais comum em indivíduos de idade mais avançada. O facto, de neste estudo, os indivíduos viúvos terem um maior nível de integração comunitária social, poderá ser explicado pelo facto da comunidade onde se insere esta amostra propiciar uma boa integração de indivíduos idosos, favorecendo as suas relações sociais e contrariando os indicadores (Abdallah *et. al*, 2009, Kruzich, 1985 e Segal, Everett-Dille, 1980, *cit. in* Abdallah *et. al*, 2009) de que indivíduos mais velhos têm um menor nível de integração comunitária. Este argumento carece de confirmação futura, no entanto, parece ser suportado pelos elevados índices de integração social encontrados nos indivíduos da amostra da população geral (Quadro 44) desta mesma comunidade.

Quadro-35 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do estado civil (N=183)

Grupo		Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Total EIC-APP
Solteiros	M	30,60	26,12	19,62	76,34
	DP	6,55	6,94	6,20	16,20
União de facto	M	28,23	25,54	18,92	72,70
	DP	6,47	6,64	6,12	14,87
Divorciados	M	31,25	26,75	20,54	78,54
	DP	9,10	10,77	6,55	22,56
Viúvos	M	35,14	34,86	23,43	93,43
	DP	7,17	5,15	7,68	18,99
Casados	M	30,18	29,31	21,46	80,96
	DP	8,09	6,82	5,81	17,06
	F	1,014	3,517	1,363	2,153
	p	,402	,009	,249	,076

3.3.4. Meio onde vive

A comparação das médias totais da EIC-APP alcançadas nos grupos, indica que não existem diferenças estatisticamente significativas [$T(181)=1,204$; $p=0,230$] em função do meio onde os indivíduos vivem (Quadro 36). O mesmo se verifica em relação aos resultados obtidos nas dimensões da escala que não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$).

Quadro-36 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do meio onde vive (N=183)

EIC-APP	Rural		Urbano		t	df	p
	M	DP	M	DP			
Dimensão1	31,32	8,49	30,03	7,24	1,09	181	0,277
Dimensão2	29,08	7,75	27,48	7,53	1,36	181	0,177
Dimensão3	21,00	6,64	20,58	5,86	0,44	181	0,662
Total	81,40	19,39	78,09	16,83	1,20	181	0,230

A literatura aponta para o facto das características do contexto onde o indivíduo se insere (Wong & Solomon, 2002) serem um fator importante na integração dos indivíduos. No entanto, as características do contexto apontadas na literatura (Segal & Aviram, 1978, *cit. in* Jivanjee, Kruzich, & Gordon, 2008) como sendo mais influentes no processo de integração não dizem propriamente respeito ao meio rural ou urbano, mas sim às características da vizinhança, à distância e à facilidade de acesso a recursos comunitários. Assim, poder-se-á inferir que o contexto que envolve a nossa amostra, independentemente de ser rural ou urbano, apresenta características favoráveis à integração, nomeadamente ao nível da facilidade em estabelecer relação com os vizinhos e no facto de os recursos comunitários serem acessíveis, não sendo necessário percorrer longas distâncias para aceder a estes.

A literatura (Wong & Solomon, 2002 e Depla, Graaf & Busschbach *et. al, cit. in* Abdallah, Cohen, Sanchez-Almira, Reyes & Ramirez, 2009) também aponta para o facto de os contextos onde existe uma grande concentração de pessoas com problemas psiquiátricos, não facilitar a integração. Nenhum dos participantes deste estudo se encontra institucionalizado, vivendo junto da população geral, logo o meio onde vivem revela-se favorável à integração, o que vem justificar o facto da maioria dos indivíduos da amostra revelarem níveis elevados de integração comunitária (Quadro 24).

3.3.5. Escolaridade

Nos grupos com habilitações literárias distintas não se observam diferenças estatisticamente significativas, no que se refere às médias obtidas no total da EIC-APP [F(5)= 0,846; p=0,519] bem como, nos resultados da dimensão 1 (p> 0,05) (Quadro 34). No entanto, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões 2 e 3 (p<0,05). O teste post-hoc de Tukey demonstra que essas diferenças se verificam ao nível da dimensão 2, entre os indivíduos com o 1º ciclo (M=29,70; DP=6,20) que apresentam níveis superiores e estatisticamente significativos de Integração Social, comparativamente aos indivíduos com o secundário (M=24,56; DP=7,53). Segundo o mesmo teste, os resultados da dimensão 3 são diferentes entre os participantes com o 2º ciclo (M=22,39; DP=5,53) que revelam possuir valores mais altos de Integração Psicológica do que os participantes que completaram o secundário (M= 17,89; DP=5,68) (Quadro 37).

Quadro-37 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função da escolaridade (N=183)

Grupo		Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Total EIC-APP
Sem escolaridade	M	30,30	31,50	20,00	81,80
	DP	8,30	6,33	7,944	17,62
1º ciclo	M	28,95	29,69	21,82	80,46
	DP	7,91	6,19	5,48	15,27
2º ciclo	M	29,23	29,16	22,39	80,77
	DP	8,55	7,38	5,53	18,20
3º ciclo	M	30,78	28,24	20,53	79,56
	DP	8,07	7,51	6,28	19,65
Secundário	M	31,56	24,56	17,89	74,00
	DP	6,55	7,53	5,68	16,65
Ensino superior	M	32,73	27,32	21,86	81,90
	DP	6,748	9,65	6,53	19,53
F		1,001	2,566	2,536	,846
p		,419	,029	,030	,519

Na literatura da especialidade, não existem dados que se refiram à influência da escolaridade na integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos,

tornando difícil a análise dos dados obtidos que, à partida, não parecem ter uma explicação lógica, porquanto, revela-se necessário a exploração destes aspetos em estudos futuros.

3.3.6. Situação atual de emprego

No que se refere aos grupos em diferentes situações de emprego, verifica-se que estes apresentam diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas no total da EIC-APP [F (4)= 2,99; p=0,020], bem como nas dimensões 1 e 2 (p<0,05), sendo que estas diferenças não se verificam na dimensão 3 (p> 0,05) (Quadro 38). Apesar da análise ANOVA revelar que existem diferenças nos resultados totais da escala e na dimensão 2, o teste post-hoc de Tukey não identifica entre que grupos essas diferenças se manifestam. Perante esta situação não será possível tirar conclusões relativamente a estes resultados, carecendo de uma maior exploração em estudos futuros, que abranjam um maior número de indivíduos, onde essas diferenças se poderão revelar, ou não, de forma mais evidente.

Relativamente às diferenças nas médias obtidas na dimensão 1, o teste post-hoc de Tukey revela que estas se verificam entre o grupo de indivíduos com trabalho remunerado, que apresenta níveis de Integração Física superiores (M=32,90; DP=5,95), ao grupo de reformados por invalidez ou sob baixa médica (M=26,82; DP= 8,84). Estes resultados vão ao encontro dos autores Leff e Warner (2008) que referem que o emprego proporciona, ao indivíduo com doença mental, um conjunto de aspetos vários, favoráveis à sua integração comunitária, assim, é de se esperar que indivíduos que conseguem manter o emprego possuam, igualmente, capacidade para se integrar na comunidade em termos físicos. Para além disso, pressupõe-se que indivíduos que se encontram reformados por invalidez ou sob baixa médica possuam um grau de invalidação e/ou gravidade da sua patologia que não lhes permite exercer responsabilidades laborais, sendo que as mesmas características do quadro clínico que são responsáveis pelas dificuldades dos indivíduos manterem o emprego poder-se-ão refletir no processo do indivíduo se integrar na comunidade em termos físicos (que é uma dimensão da integração que implica independência por parte do indivíduo).

Quadro-38 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função da situação atual de emprego (N=180)

Grupo		Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Total EIC-APP
Trabalho remunerado	M	32,90	29,36	21,20	83,46
	DP	5,95	7,68	6,74	17,11
Reforma por tempo de contribuição ou trabalho	M	33,50	33,88	21,623	89,00
		8,96	5,82	7,89	20,03
Reforma por invalidez/ Baixa médica	M	26,82	26,41	20,29	73,53
	DP	8,84	7,60	5,66	18,34
Estudante	M	31,80	25,20	21,90	78,90
	DP	5,25	8,01	6,19	16,63
Desempregado e Doméstica	M	29,34	27,08	19,84	76,28
	DP	7,97	7,29	5,36	17,03
F		4,757	2,750	,571	2,986
p		,001	,030	,684	,020

3.3.7. Nível Socioeconómico

Os grupos com diferentes níveis socioeconómicos apresentam diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas no total da EIC-APP [F (2)= 3,71; p=0,026] e nas média obtidas na dimensão 1 (p<0,05) (Quadro 36). No entanto, o mesmo não se verifica relativamente aos resultados obtidos nas dimensões 2 e 3 (p> 0,05). O teste post-hoc de Tukey demonstra que as diferenças no total da escala se manifestam-no grupo de nível socioeconómico médio que apresenta níveis superiores de Integração Comunitária (M=87,61; DP=17,49) comparativamente ao grupo de nível sociodemográfico baixo (M=77,81; DP=17,66) (Quadro 39). O teste post-hoc de Tukey demonstra que as diferenças na dimensão 1 se manifestam-no grupo de nível socioeconómico médio que apresenta níveis superiores de Integração Comunitária Física (M=34,86; DP=6,05) comparativamente ao grupo de nível sociodemográfico baixo (M=29,65; DP=7,85). Estes resultados revelam que o nível socioeconómico poderá influenciar a integração comunitária dos indivíduos com doença mental, o que vai ao encontro do estudo de Abdallah e colaboradores (2009), onde é referido que níveis económicos mais baixos não

são tão favoráveis à integração comunitária destes indivíduos. Estes resultados são espectáveis se atendermos ao facto da falta de recursos socioeconómicos dificultar a integração comunitária, na verdade, o nível socioeconómico está, na maioria dos casos, relacionado com a capacidade produtiva da pessoa, assim, no caso das pessoas com problemas psiquiátricos, a gravidade da doença pode levar a que muitos destes indivíduos não tenham capacidade de exercer funções que são bem remuneradas, bem como de se integrarem na comunidade. Estes resultados poder-se-ão, ainda, relacionar, de alguma forma, com os resultados relativos à situação atual de emprego, anteriormente descrita, visto saber-se que a situação de emprego influencia o nível socioeconómico dos indivíduos e, neste caso, a integração comunitária física é mais baixa, tanto em indivíduos com baixos níveis socioeconómicos, como em indivíduos que estão reformados por invalidez ou por baixa médica.

Quadro-39 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do nível socioeconómico (N=182)

Grupo		Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Total EIC-APP
Nível Baixo	M	29,65	27,61	20,55	77,81
	DF	7,85	7,40	6,11	17,66
Nível Médio	M	34,86	30,29	22,46	87,61
	DF	6,05	8,55	6,179	17,49
Nível Elevado	M	30,80	28,20	17,60	76,60
	DF	4,32	9,04	5,50	15,11
F		5,624	1,451	1,848	3,717
p		,004	,237	,161	,026

Após se testar a relação entre cada uma das variáveis sociodemográficas, anteriormente referidas, com os níveis de integração obtidos, verifica-se que apenas as variáveis idade e meio (rural/urbano) não exercem influência sobre a integração comunitária dos indivíduos da amostra em estudo, enquanto as restantes (género, estado civil, escolaridade, situação atual de emprego e nível socioeconómico) influenciam a integração dos indivíduos em estudo. Assim sendo, no que se refere à hipótese de que “as variáveis sociodemográficas influenciam a integração comunitária da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos” (H3), poderá dizer-se que algumas das variáveis

sociodemográficas influenciam a integração comunitária destes indivíduos, enquanto outras não influenciam. Por outro lado, há ainda que realçar que a influência que algumas destas variáveis exercem sobre a integração comunitária dos participantes apenas se reflete em dimensões específicas da integração comunitária e não na integração comunitária no seu todo.

3.4. Caracterização da Integração Comunitária em função de aspetos ligados ao problema psiquiátrico

3.4.1. Diagnóstico psiquiátrico

Uma vez que a amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos é constituída por indivíduos diagnosticados com diferentes quadros psiquiátricos, alguns deles representados por poucos indivíduos (Quadro 1), optou-se por comparar os níveis de integração apenas dos indivíduos com os seguintes quadros: perturbações depressivas; perturbações de ansiedade, esquizofrenia e perturbações por abuso de substâncias. Os resultados obtidos revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas no total da EIC-APP [$F(3) = 1,757$; $p = 0,158$] e nas dimensões 2 e 3 ($p > 0,05$) pelos diferentes grupos de diagnóstico estudados (Quadro 40). No entanto, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas na dimensão 1 ($p < 0,05$). O teste post-hoc de Tukey demonstra que as diferenças nas médias obtidas na dimensão 1 se manifestam no grupo de indivíduos com perturbações de humor, que apresenta níveis superiores de integração física ($M = 31,43$; $DP = 7,51$) e o grupo de indivíduos com esquizofrenia ($M = 25,20$; $DP = 7,78$). Estes resultados vêm ao encontro de vários autores (Aubry, Tefft, & Currie, 1995; Ingamells, Goodwin, & John, 1996, *cit. in* Wong, Metzendorf & Min, 2006) que afirmam que a gravidade dos sintomas psicopatológicos influencia o nível de integração dos indivíduos. Uma vez que a esquizofrenia apresenta sintomas mais graves e incapacitantes do que as perturbações de humor, é de se esperar que os indivíduos com esquizofrenia tenham maior dificuldade em se integrar do que indivíduos com perturbação de humor. Os resultados demonstram que os indivíduos com esquizofrenia possuem uma menor integração comunitária física do que os restantes indivíduos com outras patologias, no entanto, não apresentam diferenças estatisticamente significativas no que se refere à integração comunitária social e psicologia, o que poderá indicar que as limitações provocadas pela esquizofrenia apenas afetam o

indivíduo no que se refere às questões físicas da integração comunitária. Por outro lado, poderão não ser as questões de incapacidade que os levam estes doentes a estar menos integrados fisicamente, mas sim a circunstância de as pessoas que os rodeiam não propiciarem este tipo de integração, desresponsabilizando-os de funções que implicam a independência, o contacto frequente com a comunidade, a participação comunitária e a utilização dos recursos comunitários (Segal et al., 1980, *cit. in* Wong & Solomon, 2002).

Quadro-40 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do diagnóstico psiquiátrico (N=157)

Grupo		Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Total EIC-APP
Perturbações de humor	M	31,43	28,83	21,27	81,53
	DP	7,52	7,71	6,07	17,93
Perturbação de ansiedade	M	29,54	27,13	18,46	75,13
	DP	8,81	7,85	5,80	17,24
Esquizofrenia	M	25,20	26,13	4,91	72,33
	DP	7,78	6,84	1,27	16,06
Perturbações por abuso de substâncias	M	30,92	28,31	8,08	78,15
	DP	7,76	7,24	2,24	20,09
	F	2,961	0,759	1,741	1,757
	p	0,034	0,519	0,161	0,158

3.4.2. Internamento psiquiátrico

A comparação entre as médias do total da EIC-APP alcançadas no grupo de indivíduos que já foram internados devido a problemas psiquiátricos e no grupo que nunca foi internado por estes motivos, indica que não existem diferenças estatisticamente significativas [$T(181)=- 1,279$; $p=0,203$] entre um grupo e o outro (Quadro 41). O mesmo se verifica em relação aos resultados obtidos nas dimensões da escala que não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos ($p > 0,05$).

Contrariamente ao que é referido na literatura (Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008), estes resultados demonstram que o internamento não afeta a integração comunitária da amostra em estudo. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto dos casos de internamento desta amostra serem, na sua maioria (78,4%), curtos, não tendo durado mais de um 6 meses. Este tempo poderá ser insuficiente para afetar a integração dos indivíduos. Esta trata-se de uma justificação plausível, visto que os autores (Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008 e Delman & Jones, 2002 e Vander, Davis, Collins & Transition, *cit. in*

Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008) que apresentam o internamento psiquiátrico como um fator que dificulta a integração, se referem a períodos longos de internamento.

Perante os resultados obtidos, poder-se-á dizer-se que no que se refere à hipótese “as variáveis relacionadas com o problema psiquiátrico influenciam a integração comunitária da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos” (H4), se verifica que os diagnósticos psiquiátricos influenciam os níveis de integração comunitária dos participantes, sendo que essa influência se reflete apenas na dimensão física da integração comunitária e não na integração comunitária no seu todo. No entanto, a variável internamento psiquiátrico, contrariamente ao que se esperava, não influencia a integração comunitária dos participantes, muito provavelmente em virtude de estarmos a estudar indivíduos com internamentos de curta duração.

Quadro-41 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do internamento psiquiátrico (N=181)

EIC-APP	Esteve internado		Não esteve internado		t	df	p
	M	DP	M	DP			
Dimensão1	29,38	7,73	31,24	7,64	-1,609	181	0,109
Dimensão2	27,91	6,62	28,15	8,27	-0,210	181	0,834
Dimensão3	19,95	5,69	21,27	6,38	-1,433	181	0,153
Total	77,23	15,75	80,65	19,01	-1,279	181	0,203

3.5. Caracterização da Integração Comunitária numa amostra de indivíduos da população geral em função de fatores sociodemográficos

Os fatores sociodemográficos que revelaram influenciar a integração comunitária da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos, foram testados numa amostra da população geral (N=228), para se verificar se estas influências, observadas na amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos, se devem aos respetivos fatores sociodemográficos ou aos problemas psiquiátricos dos indivíduos em estudo.

3.5.1. Comparação entre as características sociodemográficas das amostras

Antes de se verificar se as variáveis sociodemográficas que revelaram influenciar, de alguma forma, a integração comunitária da amostra de pessoas com doença mental também influenciam a integração comunitária da amostra da população geral, considerou-se pertinente comparar as características sociodemográficas das duas amostras, para apurar se estas são equiparáveis. Para tal, procedeu-se à análise estatística do teste T de Student para amostras independentes. Os resultados obtidos (Quadro 42) revelaram que as amostras são homogêneas em termos dos aspetos sociodemográficos sexo, idade, estado civil e meio onde vivem, revelando não apresentar diferenças estatisticamente significativas nas médias de cada uma das referidas variáveis ($p > 0,05$). No entanto, apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas variáveis escolaridade, situação atual de emprego e nível socioeconómico, onde os indivíduos com problemas psiquiátricos possuem médias mais baixas do que a população geral.

Os resultados observados vêm ao encontro da literatura (Leff & Warner, 2008) que refere que as limitações provenientes do problema psiquiátrico desfavorecem a continuação dos estudos, a entrada e permanência no mercado de trabalho e, consequentemente, os seus níveis socioeconómicos.

Quadro-42 Relação entre as médias das variáveis sociodemográficos das duas amostras

Variável Sócio-demográfica	Amostra de pessoas com problemas psiquiátricos			Amostra de pessoas da população geral			t	df	p
	M	DP	N	M	DP	N			
Sexo	1,73	0,44	183	1,71	0,45	228	0,36	409	0,717
Idade	44,26	13,51	180	42,00	13,94	225	1,63	403	0,103
Estado civil	3,39	1,73	183	3,45	1,81	228	-0,33	409	0,742
Meio onde vive	1,64	0,48	183	1,74	,43	228	-2,12	409	0,034
Escolaridade	3,68	1,44	183	4,62	1,21	228	-7,20	409	0,000
Situação de emprego	2,88	1,71	180	1,91	1,51	225	6,05	403	0,000
Nível sócio-económico	1,21	0,40	182	1,68	0,65	228	-8,24	408	0,000

3.5.2. Género

No que se refere ao fator género, a comparação entre as médias obtidas na EIC-APP nos grupos de mulheres e homens da amostra da população geral, mostra que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis totais de integração comunitária [T (226)= -2,059; p=0,041] e os níveis de integração obtidos no total da dimensão 3 (p< 0,05), (Quadro 43). A comparação dos resultados obtidos no total da escala revela que as mulheres apresentam níveis de integração superiores (M=89,80; DP=12,75) aos dos homens (M=85,57; DP=16,85). Relativamente à comparação dos resultados obtidos nas dimensões 1 e 2, verificasse que os géneros não apresentam diferenças estatisticamente significativas ao nível da integração psicológica e social (p> 0,05).

Os resultados anteriormente descritos revelam que a variável género influencia os valores obtidos no total da EIC-APP e na dimensão social da integração comunitária, no entanto, na amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos, o género influencia apenas a dimensão física da integração comunitária. Esta análise mostra que a variável género influencia diferentes aspetos da integração comunitária nas duas amostras, o que levanta algumas questões que deverão ser exploradas em estudos futuros.

Quadro-43 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do género (N=228)

EIC-APP	Masculino		Feminino		t	df	p
	M	DP	M	DP			
Dimensão1	34,83	6,11	35,41	4,85	-0,76	226	0,449
Dimensão2	30,11	6,82	31,02	5,88	-1,02	226	0,309
Dimensão3	20,64	6,01	23,36	5,30	-3,39	226	0,001
Total	85,58	16,85	89,80	12,76	-2,6	226	0,041

3.5.3. Estado Civil

A comparação dos resultados obtidos no total da EIC-APP [F (4)=0,39; p=0,813] e respetivas dimensões, revela que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de integração dos participantes com estados civis diferentes (p> 0,05) (Quadro 44). Estes resultados vêm demonstrar que, ao contrário do que se observa na amostra de indivíduos portadores de patologia psiquiátrica o nível de integração comunitária não varia em função do estado civil dos indivíduos. Este dado poderá

significar que as diferenças na integração comunitária dos doentes em função do estado civil se relacionam com o problema psiquiátrico e não com fator estado civil isoladamente.

Estes resultados poder-se-ão dever ao facto dos indivíduos com problemas psiquiátricos mais graves terem maior dificuldade em constituir família, devidos às suas limitações nas relações sociais de proximidade, sendo estas limitações que também condicionam a sua integração na comunidade. Já no que se refere à população em geral, o facto de os indivíduos não constituírem família pode ser uma opção e não refletir nenhum aspeto que tenha a ver com a integração comunitária do indivíduo. De acordo com estas suposições poder-se-á dizer que o estado civil pode ser um indicador de integração comunitária nos indivíduos com doença mental.

Quadro 44 Média da Integração Comunitária (EIC-APP total e dimensões) em função do estado civil (N=228)

Grupo		Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Total EIC-APP
Solteiros	M	35,51	29,76	22,34	87,61
	DP	5,86	7,23	6,22	16,48
União de facto	M	35,25	29,50	22,92	87,67
	DP	3,89	4,74	4,06	11,25
Divorciados	M	36,50	31,63	23,81	91,94
	DP	3,74	6,03	5,27	11,68
Viúvos	M	34,00	30,00	21,40	85,40
	DP	5,24	4,85	4,39	10,07
Casados	M	34,98	31,36	22,56	88,90
	DP	5,18	5,67	5,56	13,50
F		0,42	0,98	0,28	0,39
p		0,79	0,42	0,888	0,813

Na amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos, verificou-se que para além das variáveis género e estado civil também as variáveis escolaridade, situação atual de emprego e nível socioeconómico influenciam a sua integração comunitária, contudo, estas últimas variáveis não foram testadas na amostra da população geral porque, como se pode constatar a partir da análise feita no ponto 3.7.1., as duas amostras não se equiparam nestas variáveis, não se revelando pertinente realizar esta análise. Esta não permitiu testar completamente a hipótese de que “as variáveis sociodemográficas que influenciam a integração comunitária da amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos também

afetam a integração comunitária da amostra da população geral” (H5), contudo, poderá dizer-se que das duas variáveis que foi possível testar (género e estado civil) apenas a variável género influencia a integração comunitária dos indivíduos da amostra de indivíduos da população geral, sendo que essa influência se reflete em fatores diferentes numa amostra e noutra. Assim, não podemos afirmar que o género influencia da mesma forma a integração comunitária das duas amostras.

4. Limitações e potencialidades do estudo

Será importante enumerar algumas limitações do presente estudo que possam ter comprometido os resultados obtidos.

As limitações referidas no Estudo 1 são igualmente aplicáveis ao presente estudo, visto que a metodologia de recolha de informação utilizada junto da amostra de indivíduos com doença mental foi a mesma do primeiro estudo.

Apesar dos cuidados tidos durante a recolha da amostra de indivíduos da população geral, esta difere em alguns aspetos da amostra em estudo, visto ser difícil selecionar os participantes tendo em consideração as múltiplas variáveis sociodemográficas em estudo. Teria sido relevante controlar os níveis de psicopatologia dos indivíduos de ambas as amostras, visto que é uma variável que exerce influência na integração comunitária dos indivíduos. Na amostra da população geral, poderão encontrar-se indivíduos com sintomas psicopatológicos, embora nunca lhes tenha sido diagnosticado nenhum problema desta natureza.

Caso o número de participantes de ambas as amostras fosse maior, teria sido possível explorar com maior detalhe determinados pontos deste estudo, bem como tirar conclusões mais precisas. No que se refere à amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos, seria relevante incluir um número superior de indivíduos por cada grupo de diagnóstico psiquiátrico, visto que, dessa forma, seria possível comparar a influência dos principais quadros psicopatológicos na integração comunitária dos mesmos. Se assim fosse, obter-se-iam informações bastante úteis acerca de quais as dimensões da integração comunitária que necessitam de ser mais trabalhadas em cada um dos quadros clínicos. Contudo, a recolha de informação junto de indivíduos com problemas psiquiátricos envolve um conjunto de condicionantes e de procedimentos específicos que tornam este processo exigente e moroso. Assim sendo, e apesar de todos os esforços desenvolvidos não foi possível obter uma amostra mais numerosa, nem selecionar os participantes de acordo com os seus quadros clínicos, o que justifica o facto de a amostra apresentar uma grande

diversidade de quadros psiquiátricos, alguns deles representados por um número reduzido de participantes.

Seria ainda importante estudar a relação da integração comunitária com outras variáveis, como o estigma associado aos problemas psiquiátricos, o *empowerment*, o *recovery* e a ansiedade social, de modo a perceber de que forma estes construtos influenciam este construto na integração comunitária de pessoas com doença mental, de modo a conhecer-se mais e melhorar a integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos.

Apesar das limitações anteriormente referidas, os dados apresentados neste estudo são uma mais-valia, na medida em que apresentam mais algumas considerações sobre a integração comunitária de indivíduos com doença mental. Para além disso, revelam-se um bom ponto de partida para futuros estudos neste âmbito, que ainda se encontra pouco explorado na literatura.

5. Conclusão

O desenvolvimento deste estudo teve como objetivo caracterizar os níveis de integração comunitária de uma amostra de adultos com problemas psiquiátricos, residentes no Grupo Oriental da Região Autónoma dos Açores (Santa Maria e São Miguel), comparar esses níveis de integração com um grupo de adultos da população geral e identificar que variáveis influenciam a integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos.

Os resultados desta investigação indicam que a maioria dos indivíduos com problemas psiquiátricos, que participaram neste estudo, possuem níveis de integração comunitária acima da média, tanto no que se refere à integração no seu todo como em cada uma das suas dimensões (física, social e psicológica). Os resultados demonstram, ainda, que a dimensão com médias mais baixas é a integração psicológica, o que revela uma maior necessidade de se trabalharem as questões do sentimento de pertença à comunidade.

A comparação dos níveis de integração comunitária obtidos na amostra de indivíduos com problemas psiquiátricos e na amostra de indivíduos sem problemas desta natureza, revela que os indivíduos da população geral apresentam maiores níveis de integração comunitária comprovando, assim, as maiores dificuldades sentidas pelos indivíduos com problemas psiquiátricos em se integrarem na comunidade.

Ao procurar-se identificar os fatores sociodemográficos e clínicos que influenciam a integração comunitária, percebemos que as variáveis género, estado civil, escolaridade, situação atual de emprego, nível socioeconómico e diagnóstico psiquiátrico, influenciam a integração comunitária destes indivíduos, no entanto, como nem todas estas variáveis foram comparadas com a população geral, e dada a dimensão da amostra, não é possível fazer generalizações referentes à influência destes fatores na integração comunitária de pessoas com doença mental.

Os resultados obtidos neste estudo apontam para a possibilidade da comunidade de Santa Maria e São Miguel, onde foi feita a recolha de dados, ser propícia à integração comunitária dos indivíduos com problemas psiquiátricos, sendo necessário, em estudos futuros, explorar as características desta comunidade. Assim, procurar-se-ia conhecer quais as características favoráveis e desfavoráveis à integração comunitária destas populações a fim de se trabalharem as primeiras e de se procurar minimizar as segundas.

Seria ainda revelante reproduzir esta investigação noutras comunidades, para percebermos se os altos níveis de integração observados nesta amostra se devem às características do meio onde os participantes deste estudo vivem ou a outros fatores. Na verdade, torna-se pouco relevante estudar a integração comunitária de indivíduos com problemas psiquiátricos se nestes estudos não se procurar conhecer outros fatores, nomeadamente, os fatores ambientais ou sociais que poderão influenciar essa mesma integração.

É também importante referir que este estudo é inovador, vindo contribuir para a caracterização dos níveis de integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos, embora se revele importante explorar melhor que fatores poderão influenciar esta mesma integração, fazendo um estudo mais aprofundado, comparando com uma amostra da população geral equiparável. Segundo, Yanos, Stefanic e Tsemberis (2011) ainda pouco se sabe sobre as potencialidades de integração comunitária existentes nas comunidades onde as pessoas com doença mental vivem, visto que apenas alguns estudos comparam a integração de pessoas com doença mental com a de outros membros da comunidade.

Por fim, é de realçar a importância de se investir na investigação sobre a integração comunitária de pessoas com doença mental, uma vez que é a partir deste conhecimento que se poderá realizar uma intervenção mais consistente e consciente, no sentido de um aumento da integração comunitária, que por sua vez se irá traduzir numa melhor qualidade

de vida e *recovery* destes indivíduos (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher, 2008; Jacobson & Greenley, 2001; Prince & Gerber *cit. in* Jivanjee, Kruzich & Gordon, 2008).

Referências bibliográficas

- Abdallah, C., Cohen, C.I. Sanchez-Almira, M., Reyes, P. & Ramirez, P. (2009). Community Integration and Associated Factors Among Older Adults With Schizophrenia. *Psychiatric services*, 60 (12), 1642-1648.
- Almeida, L. S. (1988). O raciocínio diferencial dos jovens: avaliação, desenvolvimentos e diferenciação. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behavior and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36 (4), 467-488.
- Akin, A. (2009). Self-Compassion and Submissive Behavior. *Education and Science*, 34 (152), 138-147.
- Bond, G.R., Salyers, M. P., Rollins, A.L., Rapp, C.A. & Zipple, A.M. (2004). How Evidence-Based Practices Contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal*, 40 (6), 569-568.
- Boydell, K. M., Gladstone, B. M., Crawford, E. & Trainor, J. (1999). Making do on the outside: Everyday life in the neighborhoods of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(1), 11-18.
- Bradshaw, T.K. (2008). The post-place community: contributions to the debate about the definition of community. *Community Development*, 39 (1), 5-16.
- Broer, T. Nieboer, A.P. & Bal, R.A. (2010). Quest for client autonomy in improving long-term mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 385-393.
- Browne, G. & Hemsley, M. (2010). Housing and living with a mental illness: Exploring carers' views. *International Journal of Mental Health Nursing*. 19, 22-29.
- Burns-Lynch, W., Salzer, M., & Baron, R.C. (2010). *Managing Risk in Community Integration: Promoting the Dignity of Risk and Supporting Personal Choice*. Philadelphia, PA: Temple University Collaborative on Community Inclusion of Individuals with Psychiatric Disabilities.

Cordeiro, J.C.D. (2002). *Manual de Psiquiatria* (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Carmo, F. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da investigação. Guia para auto aprendizagem*. Lisboa: Universidade aberta.

Direção Regional da Saúde. (2009). Programa Regional de Saúde Mental (2009-2012). *Plano Regional de Saúde*, 1-11.

Espinosa, A.F. (1998). *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.

Fonseca, A.F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia* (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Funk, M., Drew, N., & Saraceno, B. (2005). *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental-Direitos humanos e legislação*. Genébra: Organização Mundial de Saúde.

Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A. & Greenwood, R.M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and historie of homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43 (3), 211-228.

Hickling, F. W., Robertson-Hickling, H. & Paisley, V. (2011). Deinstitutionalization and attitudes toward mental illness in Jamaica: a qualitative study. *Rev Panam Salud Publica*, 29(3), 169-176.

Jivanjee, P., Kruzich, J. & Gordon, L.J. (2008). Community integration of transition-age individuals: views of young with mental health disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(4), 402-418.

Kloos, B. & Shah, S. (2009). A Social Ecological Approach to Investigating Relationships Between Housing and Adaptive Functioning for Persons with Serious Mental Illness. *American Journal of Community Psychology*, 44, 316–326.

Kobau, R., DiIorio, C. & Chapman, D. (2010). Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Community Ment Health Jornal*, 46, 164-176.

Kondrat, D.C. & Early, T.J. (2011). Battling in the trenches: case managers' ability to combat the effects of mental illness stigma on consumers' perceived quality of life. *Community Ment Health Jornal*, 47, 390-398.

Lieberman, J.A., Drake, R.E., Sederer, L.I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D. & Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric services*, 59(5), 487-496.

Livingston, J.D & Boyd, E. B. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.

Macías, S. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18(1), 121-139.

Manderscheid, R.W., Ryff, C.D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R., Dhingra, S., Strine, T.W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Centers for Disease Control and Prevention*, 7(1), 1-6.

Maroco, J. & Marques, T.G. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

Moldovan, V. (2007). Attitudes of mental health workers toward community integration of the persons with serious and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 10, 19-30.

Molhotra, N.K. (2004). *Pesquisa: Uma orientação aplicada*, (4ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.

Moniz, M.J.V. (1997). Apoio habitacional_ Uma perspectiva de reabilitação e integração comunitária. *Análise Psicológica*, 3(15), 461-464.

Moreno, V. & Alencastre, M.B. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Revista da Escola de Enfermagem-USP*, 37(2), 43-50.

Moutão, J., Alves, S. & Cid, L. (2012). Contributo da teoria da autodeterminação na predição da vitalidade. *Revista Gymnasium*, 4(5),15-31.

Newman, S. J. (2001). Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. *Psychiatric Services*, 52, 1309-1317.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório mundial da saúde, Saúde mental: nova concepção, nova esperança* (1º Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3 (15), 375-388.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

Ornelas, J.H. (2007). Psicologia Comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 1(25), 5-11.

Perkins, D.D. & Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment theory, research and application. *American journal of community*, 23(5), 569-579.

Perkins, D.V., Raines, J.A., Tschopp, M.K. & Warner, T.C. (2009). Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community Ment Health Journal*, 45, 158-162.

Raymundo, V.P. (2009). Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras de hoje*, 44(3), 86-93.

Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia e investigação em psicologia e saúde* (3ªed.). Porto: Legis Editora.

Rubio, D.M., Berg-Weger, M., Tebb, S.S., Lee, S., Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Social Work Res*, 27(2), 94-105.

Ruiloba, J.V. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (5ª Ed.). Barcelona: Masson.

Rusch, N., Todd, A.R., Bodenhausen, G.V., Olschewski, M. & Corrigan, P.W. (2010). Automatically activated shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 60-63.

Salzer, M. (2005). Community integration as the roadmap to the road to recovery of people with psychiatric disabilities: Policy, practice and research implications. Presentation at the Rutgers University Institute for Health, Health Care Policy, and Aging Research, New Brunswick, NJ, 8 February 2005.

Silveira, L.C. & Braga, V.A.B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 13 (4), 591-595.

Silverman C.J. & Segal S.P. (1994). Who belongs? An analysis of ex-mental patients' subjective involvement in the neighborhood. *Adult Residential Care Journal*, 8, 103-113.

Spadini, L.S. & Souza, M.C.B.M. (2006) A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem-USP*, 40(6), 123-127.

Teixeira, M.B., Mello, I.M., Grando, L.H., & Fraiman, D.P. (1997). *Manual de enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu.

Theodori, J.L. (2005). Community and community development in resource-based areas: operational definitions rooted in an interactional perspective. *Society and Natural Resources*, 18(7), 661-669.

Timko, C. & Moos, R.H. (1998). Outcomes of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1137-1150.

Townley, G & Kloos, B. (2010). Examining the Psychological Sense of Community for Individuals with Serious Mental Illness Residing in Supported Housing Environments. *Community Ment Health Jornal*, 47, 436-446

Townley, G., Kloos, B & Wright, P.A. (2009). Understanding the experience of place: expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health & Place*, 15, 520-531.

Townley, G. & Kloos, B. (2009). Development of a measure of sense of community for individuals with serious mental illness residing in community settings. *Journal of community psychology*, 37(3), 362-380.

Vidal, A.S. (2007). *Manual de Psicologia Comunitária- Un enfoque integrado*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ware, C.N.; Hopper, K.; Tugenberg, T.; Dickey, B.& Fisher, D.(2008). A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric services*, 59 (1), 27-33.

Weiner, A, Roe, D, Mashiach-Eizenberg, M., Baloush-Kleinman, V., Maoz, H. & Yanos, P. T. (2010). Housing model for persons with serious mental illness moderates the relation between loneliness and quality of life. *Community Ment Health Jornal*, 46, 389-397.

Wong, Y.-L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4, 13 – 28.

Wong, Y-L.I & Stanhope, V. (2009). Conceptualizing community: A comparison of neighborhood characteristics of supportive housing for persons with psychiatric and developmental disabilities. *Social Science & Medicine*, 68, 1376–1387.

Wong, Y-L. I., Matejkowski, J. & Lee, S. (2011). Social integration of people with serious mental illness: network transactions and satisfaction. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(1), 51-67.

Wong, Y-L. I., Metzendorf, D. & Min, S. (2006). Neighborhood experiences and community integration: perspectives from mental health consumers and providers. *Social Work in Mental Health*, 4(3), 45-59.

Yanos, P.T., Felton, B.J., Tsemberis, S. & Frye, V.A. (2007). Exploring the role of housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health*, 16(6), 703-717.

Yanos, P.T., Stefanic, A. & Tsemberis, S. (2011). Psychological community integration among people with psychiatric disabilities and nondisabled community members. *Journal of community psychology*, 39 (4), 390–401.

Anexos

Anexo 1: Revisão sobre a forma como o conceito de integração comunitária tem sido definido e operacionalizado em vários estudos

Table 1
A Review of Conceptual and Operational Definitions of Community Integration
in the Mental Health Research Literature

Author(s)	Study sample	Housing program/type	Conceptual definition of integration	Operation definition of integration
1. Aubry & Myner 1996	51 persons with psychiatric disabilities and 51 nondisabled persons	14 community mental health housing programs (10 board and care homes and 4 supervised residences)	1. Physical integration: physical presence in the community 2. Psychological integration: the extent to which the individuals perceived themselves as being similar to neighbors and felt part of the neighborhood 3. Social integration: degree of social contact with neighbors	1. Physical integration: a 12-item condensed version of Segal & Aviram's 1978 External Integration Scale 2. Psychological integration: 12-item Sense of Community Scale by Perkins et al., 1990 3. Social integration: a 13-item Social Integration Scale by Aubry, Tefft, & Currie, 1995
2. Kennedy 1989	159 clients of community support services program	Supervised community residences (4 agencies), supportive apartments (6 agencies) & single room occupancy (3 hotels)	Access to basic, personal, and social resources, and participation in the community	A 31-item scale adapted from Segal & Aviram's External Integration Scale (1978)
3. Kruzich 1985	87 ex-patients from state mental hospitals	Combined skilled nursing and intermediate facilities, freestanding intermediate care facilities, and congregate care facilities (total=43)	Leisure- and work-related behavioral involvement in activities outside the individual's residence	A 10-item scale adapted from Segal and Aviram (1978) measuring the frequency of involvement in community events, use of community resources, and participation in employment.
4. Nagy, Fisher, & Tessler 1988	851 mentally ill residents	201 board and care homes	Participation in community activities	A 5-item scale: shopping; barber/beauty shop; movies; outing; restaurant or coffee shop
5. Nelson, Hall, Squire, & Walsh-Bowers 1992	66 participants	5 supportive apartment programs, 2 group homes, and 4 board and care facilities	No conceptual definition was given in the article	A 7-item scale adapted from Segal & Aviram (1978) including use of community resources, involvement in community activities, doing volunteer work, and going to school or work.
6. Segal & Aviram 1978	499 non-retarded sheltered-care residents	211 sheltered care facilities (including family-care homes, halfway houses, and board-and-care homes)	Five levels of involvement outside the facility including presence, access, participation, production, and consumption	A 44-item External Integration Scale comprising 7 subscales measuring the amount of time spent outside the facility, access to goods and services, social contacts and participation in community activities, and consumption of goods and services
7. Segal, Baumohl, & Molyes 1980	397 seriously mentally ill sheltered-care residents	Same as Segal & Aviram 1978	The extent to which the resident spent time in, had access to, participated in, and produced and consumed goods and services in the community in a self-initiated manner	Segal & Aviram's 1978 External Integration Scale
8. Segal & Everett-Dille 1980	Same as Segal & Aviram 1978	Same as Segal & Aviram 1978	The degree to which an individual independently becomes involved in the community outside	Segal & Aviram's 1978 External Integration Scale
9. Segal & Kotler 1993	234 seriously mentally ill persons (a 10-year follow-up of Segal and Aviram's 1978 study)	56.5% of the sample lived in sheltered care; 30.3% lived in the community; 13.2% were institutionalized	The extent to which an individual participated in and made use of the community in a self-initiated manner	Segal & Aviram's 1978 External Integration Scale
10. Shadish & Bootzin 1984	204 psychiatric patients	12 nursing homes; 1 community mental health center ward; 1 community mental health center day treatment center	Production (income generation), consumption (spending), and social behavior inside and outside a mental health facility	A modification of Segal & Aviram's 1978 approach

(Wong & Solomon, 2002).

Table 1 (continued)

Author(s)	Study sample	Housing program/type	Conceptual definition of integration	Operation definition of integration
11. Sherman, Frenkel, & Newman 1986	95 mentally ill adults and 101 care providers	Family care homes	Community participation: active participation of the resident in some aspects of community life (use of community resources, socialization, and community activities)	1. Use of community resources: doctor, dentist, barber, groceries, drugstore, & post office 2. Socialization: Time spent with neighbors, friends, or relatives 3. Community activities: restaurant, religious services, party, meeting place, club, movie, sports, ceremonies, plays or concerts, volunteer work
12. Sherman, Newman, & Frenkel 1984	Same as Sherman, Frenkel, & Newman 1986	Same as Sherman, Frenkel, & Newman 1986	Community acceptance: an active and personal involvement of community members with former mentally ill patients	1. Reaction of neighbors to residents (single-item indicators) 2. Interaction with neighbors (5-item summative scale) 3. Satisfaction with neighbors (5-item summative scale)
13. Silverman & Segal 1994	191 seriously mentally ill persons	Same as Segal & Kotler 1993	The extent to which ex-patients feel they "belong" in their neighborhoods	Response to one question: Do you feel that you really belong to this neighborhood, that you are part of it?
14. Timko 1996	94 hospital- and community-based psychiatric and substance abuse residential treatment programs	Selected programs must meet the following criteria: 1. housed at least 10 patients; 2. offered meal plan and organized services; 3. allowed patients to stay at least 2 weeks; 4. most patients had psychiatric or substance abuse problems; 5. patients were 18 years old or over and primarily English speaking	Behavioral involvement in activities in patients' surrounding communities	A 16-item scale measuring the percentage of patient participating in activities outside the program (e.g. percent of patients who left the facility to shop)
15. Timko & Moos 1998	89 residential psychiatric and substance abuse programs	Same as Timko 1996	Participation of activities outside patients' facilities	Same as Timko 1996
16. Trute 1986	47 chronic psychiatric patients living in board and care residences	27 board and care residences	Contact with local neighbors	A 7-item Neighborhood Contact Scale. Scale items include: talked to neighbors; knew neighbors' names; called a neighbor on the phone; asked a neighbor into own house; been invited into a neighbor's house; went anywhere with a neighbor; borrowed anything from a neighbor
17. Trute & Segal 1976	129 residents with psychiatric disabilities in California & 98 in Saskatchewan	Sheltered care facilities	Five levels of involvement outside the facility including presence, access, participation, production, and consumption	Segal & Aviram's 1978 External Integration Scale

Anexo 2: Classificação das freguesias situadas em lugar urbano



COMISSÃO DE AMBIENTE, ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E PODER LOCAL
XII Legislatura - 1.ª Sessão Legislativa

Capítulo II

Reorganização administrativa do território das freguesias

Artigo 4.º

Níveis de enquadramento

- 1 - A reorganização administrativa territorial autárquica implica a agregação de freguesias a concretizar por referência aos limites territoriais do respetivo município, segundo parâmetros de agregação diferenciados em função do número de habitantes e da densidade populacional de cada município.
- 2 - Para efeitos do número anterior, os municípios são classificados de acordo com os seguintes níveis:
 - a) Nível 1: municípios com densidade populacional superior a **1.000** habitantes por km^2 e com população igual ou superior a 40.000 habitantes;
 - b) Nível 2: municípios com densidade populacional superior a **1.000** habitantes por km^2 e com população inferior a 40.000 habitantes, bem como municípios com densidade populacional entre 100 e **1.000** habitantes por km^2 e com população igual ou superior a 25.000 habitantes;
 - c) Nível 3: municípios com densidade populacional entre 100 e **1.000** habitantes por km^2 e com população inferior a 25.000 habitantes, bem como municípios com densidade populacional inferior a 100 habitantes por km^2 .
- 3 - A classificação de cada município segundo os níveis previstos no número anterior consta do anexo I da presente lei, que dela faz parte integrante.

Artigo 5.º

Classificação de freguesias situadas em lugar urbano



COMISSÃO DE AMBIENTE, ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E PODER LOCAL
XII Legislatura - 1ª Sessão Legislativa

- 1- Para efeitos da presente lei, considera-se lugar urbano o lugar com população igual ou superior a 2000 habitantes, conforme anexo II da presente lei, que dela faz parte integrante.
- 2- Nos casos em que em cada um dos lugares urbanos ou em lugares urbanos sucessivamente contíguos do município se situe apenas o território de uma freguesia, **deve esta ser considerada como não situada em lugar urbano para efeitos da aplicação do nº 1 do artigo seguinte.**
- 3- Em casos devidamente fundamentados, a assembleia municipal pode, no âmbito da respetiva pronúncia prevista no artigo 11º do presente diploma, considerar como não situadas nos lugares urbanos do município freguesias que como tal sejam consideradas nos termos dos números anteriores.
- 4- Para efeitos do disposto no número anterior, devem ser tomados em consideração, designadamente:
 - a) A tipologia predominante das atividades económicas;
 - b) O grau de desenvolvimento das atividades geradoras de fluxos significativos de população, bens e informação;
 - c) A dimensão e o grau de cobertura das infraestruturas urbanas e da prestação dos serviços associados, nomeadamente, dos sistemas de transportes públicos, de abastecimento de água e saneamento de distribuição de energia e de telecomunicações;
 - d) O nível de aglomeração de edifícios.

Anexo 3: Censos 2011- População residente por freguesia

Q. 2 - POPULAÇÃO RESIDENTE, POR SEXO E GRUPOS ETÁRIOS, POR FREGUESIA, EM 2011

Continuação

Zona Geográfica	Grupos Etários											
	De 20 a 24 anos		De 25 a 29 anos		De 30 a 34 anos		De 35 a 39 anos		De 40 a 44 anos		De 45 a 49 anos	
	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H
AÇORES	17 720	9 061	18 410	9 285	20 388	10 283	19 577	9 814	17 911	9 073	17 987	9 095
SANTA MARIA	368	167	411	195	446	242	388	203	416	200	404	196
VILA DO PORTO	368	167	411	195	446	242	388	203	416	200	404	196
Almagreira	47	22	53	24	54	31	43	25	55	31	43	16
Santa Bárbara	30	15	24	13	23	13	29	17	26	10	35	19
Santo Espírito	37	18	53	27	47	26	38	20	39	21	45	23
São Pedro	58	23	49	22	70	38	70	36	71	36	51	27
Vila do Porto	196	89	232	109	252	134	208	105	225	102	230	111
SÃO MIGUEL	10 481	5 419	10 729	5 407	11 937	5 946	11 406	5 694	10 060	5 102	9 717	4 852
LAGOA	1 104	576	1 071	538	1 257	641	1 294	638	1 081	548	999	526
Água de Pau	265	133	227	112	253	125	263	137	183	98	235	124
Cabouco	124	65	138	69	182	84	201	105	156	80	130	66
Na. Sra. do Rosário (Lagoa)	421	215	383	195	437	222	465	228	446	211	383	208
Santa Cruz (Lagoa)	270	150	300	153	352	192	325	149	264	142	221	111
Ribeira-Chã	24	13	23	9	33	18	40	19	32	17	30	17
NORDESTE	332	178	284	130	354	181	356	181	365	191	346	182
Achada	17	7	25	12	25	12	34	21	39	23	30	19
Achadinha	32	16	35	17	46	20	36	16	48	29	34	18
Lomba da Fazenda	56	31	52	19	54	25	70	35	50	26	57	32
Nordeste	87	39	75	30	125	69	96	42	83	41	98	44
Salga	44	26	31	17	26	12	29	18	35	16	28	14
Santana	24	12	23	12	35	22	36	20	39	20	32	18
Algarvia	31	25	18	10	9	5	18	11	20	10	28	16
Santo António de Nordestinho	16	8	9	4	13	6	19	8	24	14	18	10
São Pedro de Nordestinho	25	14	16	9	21	10	18	10	27	12	21	11
PONTA DELGADA	5 065	2 614	5 396	2 701	6 093	3 030	5 734	2 827	5 097	2 542	5 048	2 429
Arrifes	569	282	592	291	577	281	569	269	490	257	535	269
Candelária	76	41	76	39	103	46	91	47	74	40	68	39
Capelas	352	193	313	154	379	191	345	176	305	157	312	159
Covoada	117	56	94	46	95	44	111	59	116	59	110	54
Fajã de Baixo	307	157	393	188	506	274	399	185	401	183	375	198
Fajã de Cima	283	170	265	134	299	154	263	132	243	118	267	128
Fenais da Luz	134	70	171	82	179	84	192	96	162	91	139	67
Feteiras	148	77	131	60	143	75	138	73	108	61	109	56
Ginetes	99	47	83	42	125	57	128	69	86	46	69	34
Mosteiros	89	47	79	48	84	44	76	39	81	36	84	41
São Sebastião (Ponta Delgada)	273	131	331	157	305	152	303	158	242	114	249	121
São José (Ponta Delgada)	360	187	447	226	529	228	513	227	403	185	435	174
São Pedro (Ponta Delgada)	570	298	669	331	782	398	695	347	570	287	512	226
Relva	198	99	217	110	257	127	227	118	216	102	262	121
Remédios	77	40	51	20	73	41	74	36	79	37	64	35
Livramento	322	164	289	157	314	161	326	166	373	177	338	150
São Roque (Rosto do Cão)	343	176	406	202	479	244	420	211	368	188	327	159
Santa Bárbara	65	31	71	37	76	41	79	42	78	41	61	31
Santo António	157	75	143	80	157	77	136	74	136	61	177	91
São Vicente Ferreira	164	86	171	91	187	90	248	110	226	118	183	99
Sete Cidades	76	41	71	34	60	31	50	28	56	32	57	26
Ajuda da Bretanha	43	22	59	31	66	27	64	32	40	27	34	18
Pilar da Bretanha	45	20	34	17	50	28	43	19	44	22	54	33
Santa Clara	198	104	240	124	268	135	244	114	200	103	227	100

Estudo da integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos

Q. 2 - POPULAÇÃO RESIDENTE, POR SEXO E GRUPOS ETÁRIOS, POR FREGUESIA, EM 2011

Continuação

Zona Geográfica	Grupos Etários											
	De 20 a 24 anos		De 25 a 29 anos		De 30 a 34 anos		De 35 a 39 anos		De 40 a 44 anos		De 45 a 49 anos	
	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H
POVOAÇÃO	456	224	411	197	471	234	487	243	483	242	501	267
Água Retorta	39	17	37	19	47	24	25	11	34	16	42	25
Faial da Terra	21	11	24	12	23	9	30	16	16	9	20	12
Furnas	95	50	102	53	91	46	107	51	109	45	131	64
Na. Sra. dos Remédios	69	36	61	27	84	43	100	53	93	49	85	47
Povoação	156	75	145	67	171	79	164	76	156	80	163	83
Ribeira Quente	70	35	42	19	55	33	61	36	75	43	60	36
RIBEIRA GRANDE	2 659	1 361	2 717	1 425	2 874	1 429	2 643	1 372	2 198	1 150	2 040	1 037
Calhetas	74	34	97	49	111	56	93	42	67	39	50	26
Fenais da Ajuda	96	49	89	46	77	40	65	31	88	48	78	48
Lomba da Maia	85	43	89	40	86	43	104	54	77	43	72	36
Lomba de São Pedro	20	13	22	13	22	13	22	10	19	13	9	3
Maia	173	88	162	85	142	78	114	62	123	67	116	55
Pico da Pedra	247	127	213	110	252	121	277	127	238	116	249	123
Porto Formoso	85	46	103	49	100	46	117	69	78	40	76	44
Rabo de Peixe	829	435	804	449	803	402	697	381	523	278	493	254
Conceição (R. Grande)	184	81	214	114	268	124	243	120	180	83	178	85
Matriz (R. Grande)	333	176	354	179	357	183	326	165	254	137	255	130
Ribeira Seca	220	111	247	133	260	133	257	130	202	108	182	90
Ribeirinha	166	91	186	92	234	113	185	96	187	95	143	69
Santa Bárbara	107	47	93	47	111	59	99	61	106	54	98	49
São Brás	40	20	44	19	51	18	44	24	56	29	41	25
VILA FRANCA DO CAMPO	871	466	850	416	888	431	892	433	836	429	783	411
Água d'Alto	153	82	124	50	141	64	144	74	136	60	120	61
Ponta Garça	284	146	244	129	285	144	288	138	283	161	248	142
Ribeira das Tainhas	43	17	45	28	48	17	58	29	57	35	62	30
São Miguel (V. F. Campo)	188	98	227	115	208	103	189	95	152	72	178	87
São Pedro (V. F. Campo)	117	70	119	48	123	63	119	53	122	59	100	45
Ribeira Seca	86	53	91	46	83	40	94	44	86	42	75	46
TERCEIRA	3 976	2 024	4 180	2 129	4 368	2 247	4 197	2 066	4 037	2 048	4 309	2 173
ANGRA DO HEROÍSMO	2 435	1 202	2 560	1 307	2 734	1 413	2 661	1 343	2 550	1 285	2 633	1 336
Altães	69	36	72	33	72	35	63	29	67	35	70	41
Na. Sra. da Conceição (A.H.)	255	133	271	138	279	154	237	132	223	110	251	122
Santa Luzia (A.H.)	176	82	179	89	182	101	165	75	153	78	218	108
São Pedro (A.H.)	256	126	243	113	208	111	221	103	221	114	247	115
Sé (A.H.)	55	23	58	29	59	30	46	27	48	15	71	43
Cinco Ribeiras	55	28	42	24	60	30	61	34	52	22	49	28
Doze Ribeiras	25	15	30	12	48	21	30	16	46	24	45	24
Feteira	80	35	98	53	120	58	123	68	100	50	82	40
Porto Judeu	191	83	198	111	234	128	185	97	160	80	165	81
Posto Santo	69	34	60	33	85	42	97	47	90	46	90	53
Raminho	30	14	31	11	46	27	49	25	37	16	32	20
Ribeirinha	170	93	201	103	203	109	203	92	212	113	204	100
Santa Bárbara	82	47	100	62	86	43	89	40	92	53	102	56
São Bartolomeu	141	69	166	79	185	93	179	90	146	72	142	68
São Bento	144	73	142	68	151	75	139	74	143	71	183	93
São Mateus da Calheta	257	120	270	142	312	156	323	171	338	171	291	137
Serreta	20	10	27	13	31	18	22	11	19	9	14	9
Terra-Chã	242	120	215	113	206	99	252	124	236	115	228	119
São Sebastião	118	61	157	81	167	83	177	88	167	91	149	79

Anexo 4: Classificação da avaliação do nível socioeconómico (Almeida, 1988)

Nível socioeconómico baixo: trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa, empregados de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, até ao ciclo preparatório.

Nível socioeconómico médio: trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, eletricistas); motoristas; pequenos patrões do comércio, indústria e serviços; profissionais técnicos intermédios independentes; pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, seguros e bancários; agentes de segurança; contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino básico e secundários; do 4.º ano ao 12.º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

Nível socioeconómico elevado: grandes empresários ou proprietários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e dos serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitetos, engenheiros, economistas, professores do ensino secundário e superior); oficiais superiores das forças militares e militarizadas, pilotos de aviação; do 4.º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado e doutoramento.

Anexo 5: Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, com especialidade em Contextos Comunitários, em curso na Universidade dos Açores, está a ser desenvolvida uma investigação que tem como objetivo validar uma escala que pretende avaliar o nível de integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos. Sendo para isso necessário a participação de um grupo de pessoas com problemas psiquiátricos e um grupo de pessoas sem problemas desta natureza.

Vimos convida-lo(a) a participar neste estudo, dando-lhe a conhecer determinados aspetos que pretendemos cumprir rigorosamente:

- a) A participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou abandono do estudo em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo em relação aos cuidados que lhe são prestados pelo seu médico(a) ou psicólogo(a);
- b) A confidencialidade dos dados que nos fornecer e a sua privacidade encontram-se completamente asseguradas;
- c) Caso necessite, poderá solicitar apoio no preenchimento do questionário composto por várias escalas;
- d) Os dados que nos fornecer não se destinam a avaliá-lo individualmente, o que significa que não obterá resultados;
- e) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamação acerca da forma como o processo foi conduzido, poderá contactar a investigadora a partir do email: escalaic.pp@gmail.com.

Eu, (nome do participante) _____
abaixo-assinado, declaro que compreendi as informações que me foram fornecidas sobre a investigação e aceito participar de livre vontade. Declaro ainda que autorizo/não autorizo* que as autoras deste estudo tenham acesso ao meu diagnóstico psiquiátrico e permito/não permito* que me voltem a contactar em caso de necessidade.

Data: __/__/__ Assinatura do participante: _____

*Riscar a opção que não se aplica.

Eu, Joana Cabral, abaixo assinado, declaro que expliquei a natureza da investigação e confirmei o seu correto entendimento. Comprometo-me a cumprir rigorosamente os aspetos de confidencialidade, privacidade e esclarecimento supracitados.

Data: __/__/__ Assinatura da investigadora: _____

Anexo 6: Protocolo de investigação

Protocolo de investigação

Este questionário apenas deve ser respondido por maiores de 18 anos residentes nos Açores há mais de 3 anos.

A sua colaboração é muito importante para nós.

Por favor, **responda a todas as questões e seja sincero** pois não há respostas certas nem erradas.

A confidencialidade e anonimato das suas respostas serão garantidos.

Questionário sociodemográfico

Instruções: Em baixo encontrará um conjunto de questões, **deverá responder a todas.** Nos casos em que são apresentadas várias opções de resposta deverá **assinalar com um "X"** em frente da opção que melhor descreve a sua situação.

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Data de nascimento: ___/___/___
Dia Mês Ano

3. Naturalidade (Em que concelho nasceu?): _____

4. Estado civil:

Solteiro(a) União de Facto Divorciado(a) Viúvo(a) Casado(a) Outro Qual? _____

5. Tem filhos? Sim Quantos? _____ Não

Aspetos habitacionais / financeiros

6. Onde reside atualmente? (Indique a freguesia e o concelho ex: São Pedro, Ponta Delgada)

7. Em que tipo de habitação reside?

Apartamento

Casa geminada (bairro)

Casa isolada

Instituição Em que instituição vive? _____

Há quanto tempo vive na instituição? _____

8. Com quem vive? (Indique quantas pessoas e grau de parentesco ex: marido, 2 filhos e 1 irmã)?

Formação

9. Escolaridade:

- Não frequentei a escola.
- Frequentei a escola mas não completei o 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª ano escolar).
- 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano escolar completo).
- 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano escolar completo).
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano escolar completo).
- Ensino secundário Completo (12ª ano escolar completo).
- Bacharelato/Licenciatura completa.
- Mestrado.
- Doutoramento.
- Outra: _____

10. Neste momento está a frequentar alguma formação?

- Sim
- Não Gostaria de frequentar alguma formação? Sim Não

Emprego

11. Situação atual de emprego:

- Trabalho remunerado. Que função exerce? _____
- Reforma ou aposentadoria por tempo de contribuição ou idade.
- Aposentadoria por invalidez.
- Estudante.
- Desempregado(a).
- Não tem emprego nem procura.
- Outra situação: _____

Situação económica

12. Qual é o rendimento mensal do seu agregado familiar (no total quanto dinheiro recebem por mês as pessoas que vivem consigo)?

- Menos de 500 euros
- Entre 500 e 900 euros
- Entre 900 e 1300 euros
- Entre 1300 e 1700 euros
- Entre 1700 e 2100 euros
- Entre 2100 e 2500 euros
- Entre 2500 e 2900 euros
- Entre 2900 e 3300 euros
- Mais de 3300

Oportunidades

13. Já recorreu a algum programa de apoio (ex: económico, emprego, habitação, formação, etc.)?

Sim A que tipo de apoios recorreu? _____

Não Porquê?

- Por não necessitar.
- Por opção.
- Por desconhecimento.
- Por não me ter sido permitido.
- Outra: _____

Dados Clínicos

14. Alguma vez o(a) médico(a) referiu que tinha um problema psiquiátrico?

Sim Que problema? _____

Não Se respondeu não, passe para a escala "Atitudes sobre problemas psiquiátricos".

15. Que idade tinha quando lhe diagnosticaram um problema psiquiátrico? _____ anos.

16. Atualmente está a ser acompanhado(a) por algum(a) médico(a) para tratar um problema psiquiátrico?

Sim Não

17. Qual é o(a) médico(a) responsável pelo seu tratamento psiquiátrico (indique o nome e especialidade médica, ex: Dr. nome, psiquiatra ou Dra. nome, Clínica geral)? _____

18. Que medicação toma atualmente? _____

19. Já foi ou está a ser acompanhado(a) por um(a) psicólogo(a):

Sim Qual foi / é o psicólogo(a) que o(a) acompanhou/a? _____

Onde foi/ está a ser acompanhado(a) pelo(a) psicólogo(a)? Serviço Público de Saúde
 Serviço Privado de Saúde
 Serviço Público e Privado de Saúde

Não Porquê?

- Por nunca me ter sido recomendado.
- Por ainda me encontrar em lista de espera.
- Por ser demasiado dispendioso.
- Porque acho que não preciso.
- Outro: _____

20. Alguma vez necessitou de recorrer a baixa(s) psiquiátrica(s)? Sim Quantas? ____

Não

21. Já esteve internado devido a um problema psiquiátrico?

Sim Em que instituição(ões) foi internado? _____

Quantas vezes esteve internado(a)? _____

Período médio de internamento: _____

Não

História profissional

Antes de ter um problema psiquiátrico

22. Teve emprego antes de lhe ter sido diagnosticado um problema psiquiátrico?

Sim Quantos empregos teve? _____

Não (Se não teve emprego passe para a questão nº 25).

23. Que funções exerceu nos empregos que teve antes de lhe ter sido diagnosticado um problema psiquiátrico? _____

24. Dos empregos que teve antes de lhe ter sido diagnosticado um problema psiquiátrico, em qual permaneceu mais tempo? _____

Depois de ter um problema psiquiátrico

25. Teve emprego depois de lhe ter sido diagnosticado um problema psiquiátrico?

Não Indique o motivo de não ter emprego depois de lhe ter sido diagnosticado um problema psiquiátrico.

Não consegui emprego embora tivesse procurado.

Nunca estive empregado(a) e optei por continuar assim.

Já estava reformado(a) quando o problema surgiu.

Não procurei emprego por me sentir demasiado debilitado(a) devido ao problema psiquiátrico.

Recorri a reforma por invalidez depois do problema ter surgido.

Outro: _____

(Se respondeu Não, passe para a escala "Atitudes sobre problemas psiquiátricos").

Sim Quantos? _____

26. Se teve emprego depois de lhe ter sido diagnosticado um problema psiquiátrico, indique que funções exerceu. _____

27. Em qual dos empregos permaneceu mais tempo? _____

Atitudes sobre problemas psiquiátricos

(Desenvolvida por Gilbert et al., 2007, traduzida e adaptada por Barreto Carvalho, C. & Cabral, J. 2012)

Instruções: Em seguida encontrará uma série de afirmações sobre o que você, a sua família e comunidade poderão pensar sobre os problemas psiquiátricos. Leia cuidadosamente cada afirmação e **assinale com um "X" na opção que melhor descreve o quanto concorda com cada afirmação.**

Por favor, utilize a seguinte escala:

0	1	2	3
Não concordo totalmente	Concordo Pouco	Concordo com a sua maioria	Concordo Totalmente

Nº	Afirmação	Escala			
		0	1	2	3
1	A minha comunidade vê os problemas psiquiátricos como algo a manter em segredo.	0	1	2	3
2	A minha comunidade vê os problemas psiquiátricos como uma fraqueza pessoal.	0	1	2	3
3	A minha comunidade tende a desprezar as pessoas que têm problemas psiquiátricos.	0	1	2	3
4	A minha comunidade pode querer manter alguém com problemas psiquiátricos à distância.	0	1	2	3
5	A minha família vê os problemas psiquiátricos como algo a manter em segredo.	0	1	2	3
6	A minha família vê os problemas de psiquiátricos como uma fraqueza pessoal.	0	1	2	3
7	A minha família tende a desprezar as pessoas com problemas psiquiátricos.	0	1	2	3
8	A minha família pode querer manter alguém com problemas psiquiátricos à distância.	0	1	2	3
9	Penso que a minha comunidade me despreza porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
10	Penso que a minha comunidade me vê como inferior, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
11	Penso que a minha comunidade me vê como incompetente, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
12	Penso que a minha comunidade me vê como um(a) fraco(a), porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
13	Penso que a minha comunidade me vê como não sendo capaz de estar ao seu nível, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
14	Penso que a minha família me despreza porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
15	Penso que a minha família me vê como inferior, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
16	Penso que a minha família me vê como incompetente, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
17	Penso que a minha família me vê como um (a) fraco (a), porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
18	Penso que a minha família me vê como não sendo capaz de estar ao seu nível, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
19	Eu vejo-me como inferior, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
20	Eu vejo-me como incompetente, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
21	Eu culpo-me pelos meus problemas psiquiátricos.	0	1	2	3
22	Eu vejo-me como uma pessoa fraca, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
23	Eu vejo-me como um (a) falhado (a), porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
24	A minha família é vista como inferior, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
25	A minha família é vista como incompetente, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
26	A minha família é responsabilizada pelo meu problema psiquiátrico.	0	1	2	3
27	A minha família perdeu o seu estatuto na comunidade, porque tenho um problema psiquiátrico.	0	1	2	3
28	Eu preocupo-me com o efeito que o meu problema psiquiátrico tem sobre a minha família.	0	1	2	3
29	Eu preocupo-me com a possibilidade do meu problema psiquiátrico afetar a honra da minha família.	0	1	2	3
30	Eu preocupo-me com a possibilidade do meu problema psiquiátrico causar danos na reputação da minha família.	0	1	2	3
31	Se eu tivesse um familiar com um problema psiquiátrico, preocupar-me-ia com a possibilidade dos outros me olharem de forma depreciativa.	0	1	2	3
32	Se eu tivesse um familiar com um problema psiquiátrico, preocupar-me-ia com a possibilidade das pessoas não quererem relacionar-se comigo.	0	1	2	3
33	Se eu tivesse um familiar com um problema psiquiátrico, preocupar-me-ia com a possibilidade da minha honra e reputação serem afetados.	0	1	2	3
34	Se eu tivesse um familiar com um problema psiquiátrico, preocupar-me-ia com a possibilidade de perder o meu estatuto na comunidade quando as pessoas soubessem do problema do meu familiar.	0	1	2	3
35	Se eu tivesse um familiar com um problema psiquiátrico, preocupar-me-ia com a possibilidade das pessoas pensarem que eu também teria um problema psiquiátricos.	0	1	2	3

EIC-APP

Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos

(Em processo de construção e validação por Barreto Carvalho, C. & Cabral, J. 2012)

Instruções: Em seguida encontrará uma série de afirmações sobre a forma como se encontra integrado(a) na comunidade.

Quando encontrar a palavra **“comunidade”** pense nas pessoas que o(a) rodeiam, com quem interage, se relaciona ou tem alguma coisa em comum, incluído desde os seus vizinhos à pessoa da ilha onde vive.

Leia cuidadosamente cada afirmação e **assinale com um “X” na opção que melhor descreve o quanto concorda com cada afirmação.**

Por favor, utiliza a seguinte escala:

0	1	2	3	4
Não tenho opinião sobre isso	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

Nº	Afirmação	Escala				
1	Passo parte do meu tempo fora de casa.	0	1	2	3	4
2	Conheço muitos dos meus vizinhos.	0	1	2	3	4
3	Conheço muitas pessoas que não são minhas vizinhas.	0	1	2	3	4
4	Sinto que pertenço à minha comunidade.	0	1	2	3	4
5	Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, contacto com essa pessoa, por iniciativa própria e sem precisar da ajuda de ninguém.	0	1	2	3	4
6	Saio de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.	0	1	2	3	4
7	Muitos dos meus vizinhos conhecem-me.	0	1	2	3	4
8	Muitas pessoas que não são minhas vizinhas conhecem-me.	0	1	2	3	4
9	Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha comunidade.	0	1	2	3	4
10	Desloco-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi.	0	1	2	3	4
11	Vou sozinho(a) aos serviços sociais, à clínica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros.	0	1	2	3	4
12	Tenho muitas pessoas com quem falo.	0	1	2	3	4
13	Tenho muitas pessoas de quem sou amigo(a).	0	1	2	3	4
14	Sei que se precisar posso contar com o apoio das pessoas da minha comunidade.	0	1	2	3	4
15	Colaboro nas tarefas domésticas, como cozinhar, tratar da roupa, limpar a casa ou outras.	0	1	2	3	4
16	Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras.	0	1	2	3	4
17	Das pessoas com quem me relaciono, poucas vivem em instituições.	0	1	2	3	4
18	As pessoas da minha comunidade pedem-me ajuda quando precisam.	0	1	2	3	4
19	Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.	0	1	2	3	4
20	Saio de casa por minha vontade.	0	1	2	3	4
21	Relaciono-me com pessoas muito diferentes, por exemplo em termos de género, idade, nível de escolaridade, condições económicas ou outras.	0	1	2	3	4
22	As pessoas da minha comunidade sabem que se precisarem podem contar comigo.	0	1	2	3	4
23	Sou eu quem tomo conta da minha medicação, tomando-a nas horas e doses certas.	0	1	2	3	4
24	Se necessário recorro aos serviços e recursos que a comunidade oferece, tais como centro de emprego, junta de freguesia, casa do povo ou outros.	0	1	2	3	4

25	Confio nas pessoas com quem me relaciono.	0	1	2	3	4
26	Sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.	0	1	2	3	4
27	Tenho ligação emocional ou afeto pelas pessoas da minha comunidade.	0	1	2	3	4
28	Tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.	0	1	2	3	4
29	Se necessário vou tratar de assuntos a locais públicos, tais como o banco, os correios, o supermercado, ou outros.	0	1	2	3	4
30	As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.	0	1	2	3	4
31	As pessoas da minha comunidade têm em conta as minhas ideias e opiniões.	0	1	2	3	4
32	Sou uma pessoa independente em termos económicos.	0	1	2	3	4
33	Participo em atividades na minha comunidade, tais como fazer voluntariado, colaborar na preparação de uma festa/evento, dar catequese, ir a convívios, ou outras.	0	1	2	3	4
34	Das pessoas com quem me relaciono poucas vão ao psiquiatra.	0	1	2	3	4

Na sua opinião o que o(a) ajudaria a ficar mais integrado(a) na sua comunidade (isto é, o que é necessário para aumentar/ melhorar a sua participação, os seus relacionamentos e o sentimento de afinidade e pertença em relação à sua comunidade)?

SBS

Escala de Comportamento Submisso

(Desenvolvida por Gilbert *et al.*, 2004; traduzida e adaptada por Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2004)

De seguida encontram-se algumas afirmações que descrevem o modo como as pessoas se comportam ou sentem em relação a situações sociais.

Para cada questão **assinale com um "X" na opção que melhor se aplique a si.**

Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
0	1	2	3	4

Nº	Afirmação	Escala				
1	Concordo que estou errado(a) mesmo quando não estou.	0	1	2	3	4
2	Faço coisas porque os outros (as) estão a fazer, e não porque eu as quero fazer.	0	1	2	3	4
3	Se eu soubesse que numa loja me tinham dado troco a menos sairia sem reclamar.	0	1	2	3	4
4	Deixo que os outros me critiquem ou me humilhem sem me defender.	0	1	2	3	4
5	Faço o que os outros esperam de mim mesmo que não o queira fazer.	0	1	2	3	4
6	Se eu tentar dizer alguma coisa e os outros não pararem de falar eu calo-me.	0	1	2	3	4
7	Insisto em pedir desculpas por pequenos erros.	0	1	2	3	4
8	Fico calado(a) se algum dos meus superiores disser coisas desagradáveis sobre mim.	0	1	2	3	4
9	Sou incapaz de dizer aos meus amigos que estou zangado(a) com eles.	0	1	2	3	4
10	Durante reuniões e encontros deixo que os outros monopolizem (dominem) a conversa.	0	1	2	3	4
11	Desagrada-me que as pessoas olhem diretamente para mim quando estão a falar.	0	1	2	3	4
12	Agradeço insistentemente quando alguém me faz um pequeno favor.	0	1	2	3	4
13	Evito o contacto visual.	0	1	2	3	4
14	Evito iniciar conversas em encontros sociais.	0	1	2	3	4
15	Coro quando outras pessoas olham fixamente para mim.	0	1	2	3	4
16	Finjo que estou doente quando recuso um convite.	0	1	2	3	4

(WEMWBS)

Escala Warwick-Edinburgh de Saúde Mental

Instruções: Abaixo estão algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos. Por favor, **assinale com um "X" na opção que descreve melhor a sua experiência durante as últimas 2 semanas.**

Por favor utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
nenhuma das vezes	raramente	alguma vez	muitas vezes	sempre

Nº	Afirmação					
1	Senti-me otimista quanto ao futuro.	1	2	3	4	5
2	Senti-me útil.	1	2	3	4	5
3	Senti-me relaxado(a).	1	2	3	4	5
4	Senti-me interessado(a) nas outras pessoas.	1	2	3	4	5
5	Senti-me com muita energia.	1	2	3	4	5
6	Lidei muito bem com problemas.	1	2	3	4	5
7	Tenho pensando com clareza.	1	2	3	4	5
8	Senti-me bem comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5
9	Senti-me perto das outras pessoas.	1	2	3	4	5
10	Senti-me confiante.	1	2	3	4	5
11	Tenho sido capaz de pensar por mim sobre as coisas.	1	2	3	4	5
12	Senti-me amado(a).	1	2	3	4	5
13	Interessei-me sobre coisas novas.	1	2	3	4	5
14	Senti-me alegre.	1	2	3	4	5

Escala de satisfação com a vida

(Desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)

Instruções: Abaixo, encontrará cinco afirmações, relativas ao modo como encara a sua vida com as quais poderá concordar ou discordar. Para cada questão **assinale com um "X" na opção que melhor indique o grau em que sente que a afirmação se aplica a si.**

Possibilidades de resposta:

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito

Nº	Afirmação	Escala				
1	A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5
2	As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5
3	Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
4	Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	1	2	3	4	5
5	Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5

BPNS-G

(Desenvolvida por Deci, E. L. & Ryan, R. M., 2000, traduzida e adaptada por Pinto Gouveia, J. & Albuquerque, P., 2008)

Instruções: Por favor leia cuidadosamente cada um das seguintes afirmações. Pense acerca da forma como se relaciona com a sua vida, e assinale **com um "X"** na opção que melhor descreve o quanto considera verdade cada afirmação.

Por favor use a seguinte escala:

Nada
verdade

De alguma
forma
verdade

Muito
verdade

Nº	Afirmação	Escala						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Sinto que sou livre para decidir por mim próprio(a) como viver a minha vida.							
2	Gosto realmente das pessoas com quem interajo.							
3	Frequentemente, não me sinto muito competente.							
4	Sinto-me pressionado(a) na minha vida.							
5	As pessoas que conheço dizem-me que sou bom(boa) no que faço.							
6	Continuo a relacionar-me com as pessoas com quem entro em contacto.							
7	Isolo-me bastante e não tenho muitos contactos sociais.							
8	Geralmente sinto-me livre para exprimir as minhas ideias e opiniões.							
9	Considero que as pessoas com quem regularmente interajo são minhas amigas.							
10	Tenho sido capaz de aprender recentemente novas competências interessantes.							
11	Na minha vida diária, tenho frequentemente de fazer o que me dizem.							
12	As pessoas que fazem parte da minha vida preocupam-se comigo.							
13	Na maioria dos dias sinto uma sensação de realização no que faço.							
14	As pessoas com quem interajo no dia-a-dia tendem a levar em consideração os meus sentimentos.							
15	Não tenho muitas hipóteses na minha vida de demonstrar como sou competente.							
16	Não existem muitas pessoas a quem seja chegado(a).							
17	Sinto que posso muito bem ser eu mesmo nas situações do meu dia-a-dia.							
18	As pessoas com quem interajo com regularidade não parecem gostar muito de mim.							
19	Frequentemente não me sinto muito competente.							
20	Não tenho muitas oportunidades para decidir por mim próprio(a) como fazer as coisas no meu dia-a-dia.							
21	As pessoas são geralmente bastante amigáveis para comigo.							

Índice de sentimento de comunidade, versão 2

(Desenvolvida por Chavis, Lee & Acosta, 2008)

Instruções: Em seguida encontrará uma série de afirmações sobre o que sente em relação à comunidade da freguesia onde vive. Leia cuidadosamente cada afirmação e **assinale com um “X” na opção que melhor descreve o quanto concorda com cada afirmação.**

Indique o quão importante é para si sentir-se membro desta comunidade juntamente com outros membros da sua freguesia onde vive.

Prefiro não fazer parte desta comunidade	Nada importante	Não muito importante	Um pouco importante	Importante	Muito importante

Indique quão bem cada uma das seguintes situações indica como se sente em relação à comunidade da freguesia onde vive. Por favor, utiliza a seguinte escala:

0	1	2	3
Não de todo	Mais ou menos	Maior parte das vezes	Completamente

Nº	Afirmação	Escala			
1	As minhas necessidades importantes são satisfeitas porque faço parte desta comunidade.	0	1	2	3
2	Os membros desta comunidade e eu valorizamos as mesmas coisas.	0	1	2	3
3	Esta comunidade tem tido sucesso em satisfazer as necessidades dos seus membros.	0	1	2	3
4	Ser membro desta comunidade faz-me sentir bem.	0	1	2	3
5	Quanto tenho um problema posso falar com os membros desta comunidade.	0	1	2	3
6	As pessoas desta comunidade têm necessidades, prioridades e objetivos semelhantes.	0	1	2	3
7	Posso confiar nas pessoas desta comunidade.	0	1	2	3
8	Eu reconheço a maioria dos membros desta comunidade.	0	1	2	3
9	A maioria dos membros desta comunidade conhece-me.	0	1	2	3
10	Esta comunidade tem símbolos e expressões, como roupas, sinais, arte, arquitetura, logótipos, pontos de referência e bandeiras que as pessoas podem reconhecer.	0	1	2	3
11	Dedico muito tempo e esforço para ser parte desta comunidade.	0	1	2	3
12	Ser membro desta comunidade é parte da minha identidade.	0	1	2	3
13	Pertencer a esta comunidade é importante para mim.	0	1	2	3
14	Esta comunidade pode influenciar outras comunidades.	0	1	2	3
15	Preocupo-me com o que outros membros da comunidade pensam de mim.	0	1	2	3
16	Tenho influência sobre o que é esta comunidade.	0	1	2	3
17	Se existe um problema nesta comunidade, os seus membros conseguem resolve-lo.	0	1	2	3
18	Esta comunidade tem bons líderes.	0	1	2	3
19	É muito importante para mim fazer parte desta comunidade.	0	1	2	3
20	Passo muito tempo com membros da comunidade e aprecio muito a sua companhia.	0	1	2	3
21	Espero ser parte desta comunidade por muito tempo.	0	1	2	3
22	Os membros desta comunidade partilharam eventos importantes, como festas, celebrações ou desastres.	0	1	2	3
23	Sinto-me esperançoso sobre o futuro desta comunidade.	0	1	2	3
24	Os membros desta comunidade preocupam-se uns com os outros.	0	1	2	3

Anexo 7: Carta para os especialistas que participaram na análise da validade de conteúdo e respetivos anexos

Caro(a) Dr(a) ...

Sou Célia Barreto Carvalho, Professora Assistente do Departamento de Ciências da Educação, Universidade dos Açores, Portugal. Nos últimos anos tenho feito investigação em psicologia clínica, mais propriamente em esquizofrenia.

No momento estou a orientar uma investigação, para obtenção de grau de mestre, que tem como objetivo a construção e validação de um instrumento que avalie a integração comunitária de pessoas com doença mental residentes na Região Autónoma dos Açores.

Vimos por este meio convidá-lo(a), a fazer parte do grupo de especialistas que participarão na validação de conteúdo do instrumento, pois consideramos que os seus conhecimentos especializados serão muito úteis neste processo.

Caso consinta colaborar com esta investigação, agradecemos que analise o instrumento no seu formato original (Anexo 1) e posteriormente preencha o “Questionário de avaliação por peritos” (Anexo 2), onde poderá avaliar cada um dos itens em termos de clareza e pertinência, bem como, apresentar a sua apreciação geral da escala. A sua colaboração será muito importante para a validação desta escala.

Cumprimentos, Célia Carvalho

P.S.: Informações específicas sobre o instrumento

O referido instrumento foi construído com base numa definição multidimensional de integração comunitária, que defendo que a integração de pessoas com doença mental poderá ser dividida em: integração física; integração social, integração psicológica (Wong & Salomon, 2002) e independência (Gulcur, et al, 2007).

Integração Física- Medida em que um individuo passa o tempo fora da sua casa por autoiniciativa, participa nas atividades comunitária e utiliza recursos comunitários.

Integração Social- Forma que o individuo interage com outros membros da comunidade. Medida em termos de quantidade e qualidade, que um individuo se envolve em interações sociais com outros membros da comunidade (sem problemas da mesma natureza) em contextos normativos, bem como a medida em que a rede social do indivíduo reflete o

tamanho adequado e multiplicidade de papéis sociais, grau em que as relações sociais refletem um apoio positivo e de reciprocidade, em vez de *stress* e dependência.

Integração Psicológica- Medida em que o indivíduo percebe a adesão à sua comunidade, expressa uma ligação emocional aos vizinhos, acredita na sua capacidade para satisfazer as suas necessidades a partir da vizinhança e ao mesmo tempo exercer influência na comunidade.

Independência- Capacidade dos indivíduos realizarem atividades de forma autónoma.

Anexo 1 (carta para peritos)

Escala de Integração Comunitária de Adultos com Perturbações Psiquiátricas

(Em processo de construção e validação por Célia Carvalho e Joana Cabral, 2012)

Instruções: Em seguida encontrará uma série de afirmações sobre a forma como se encontra integrado(a) na comunidade. Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale com um “X” na opção que melhor descreve o quanto concorda com cada afirmação. Não há resposta certas nem erradas. Seja sincero(a) e não demore muito tempo em cada afirmação.

Por favor, utiliza a seguinte escala:

- 1-Discordo totalmente;**
- 2-Discordo;**
- 3-Não tenho opinião sobre isso;**
- 4-Concordo;**
- 5-Concordo Totalmente.**

Nº	Afirmação	1	2	3	4	5
1	Passo grande parte do meu tempo livre fora de casa.					
2	Conheço a maioria das pessoas da zona onde eu moro.					
3	Sinto que pertenço à minha comunidade.					
4	Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, telefono por iniciativa própria sem precisar da ajuda de ninguém.					
5	Costumo sair de casa para fazer atividades, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.					
6	A maioria das pessoas da zona onde eu moro conhece-me.					
7	Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha comunidade.					
8	Costumo deslocar-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi.					
9	Costumo ir aos serviços sociais, à clinica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros.					
10	Tenho muitas pessoas com quem falo e sou amigo(a).					
11	Sei que se precisar posso contar com o apoio das pessoas da minha comunidade.					
12	Costumo colaborar nas tarefas domésticas, como cozinhar, limpar a casa, tratar da roupa, ou outras.					
13	Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras.					
14	Das pessoas com quem me relaciono, poucas vivem em instituições ou possuem problemas psiquiátricos.					
15	As pessoas da minha comunidade pedem-me ajuda quando precisam.					
16	Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.					
17	Costumo sair de casa porque quero, sem ser necessário ninguém me incentivar.					

18	Relaciono-me com pessoas de géneros, idades, níveis de escolaridade e condições económicas diferentes.					
19	As pessoas da minha comunidade sabem que se precisarem podem contar comigo.					
20	Costumo gerir sozinho(a) a minha medicação, tomando-a nas horas e doses certas.					
21	Se necessário recorro às oportunidades e recursos que a comunidade oferece.					
22	Confio e sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.					
23	Tenho uma ligação emocional forte com as pessoas da minha comunidade.					
24	Sinto que tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.					
25	Utilizo os serviços e recursos da minha comunidade.					
26	As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.					
27	As pessoas da minha comunidade têm em conta as minhas ideias e opiniões.					
28	Considero-me uma pessoa independente em termos económicos.					
29	Costumo ir ao banco, aos correios, ao supermercado, ou outros.					
30	Das pessoas que conheço poucas têm problemas psiquiátricos.					

Obrigada pela colaboração.

Anexo II (carta para peritos)

Questionário de Avaliação por Peritos

A Escala de Integração Comunitária de Adultos com Perturbações Psiquiátricas, foi criada tendo por base em referências teóricas que definem a Integração comunitária de pessoas com doença mental como um conceito multidimensional, composto pelas seguintes dimensões: Integração Física, Integração Social, Integração Psicológica (Wong & Salomon, 2002) e independência (Gulcur, et al, 2007).

Os itens foram construídos de acordo com as especificidades da linguagem e as características socioculturais do contexto onde se insere o

A tabela a baixo destina-se a avaliar a clareza e pertinência de cada item, nesta os itens encontram-se agrupados de acordo com as dimensões a que se referem. Assinale com um “X” a opção que melhor se aplica à sua avaliação em relação a cada item, tendo em conta os critérios abaixo definidos e a respetiva escala de avaliação.

a) Clareza da Linguagem- medida em que a linguagem está clara para o público-alvo do questionário.

b) Pertinência Prática- medida em que avalia a dimensão conceptual a que se refere.

Avalie tendo em conta a seguinte **escala**: 1-Nenhuma 2- Pouca 3- Médica 4- Alguma 5- Muita.

O campo “**Observações**” destina-se a comentários e sugestões de melhoria relativos a cada item.

Questionário de avaliação por peritos (continuação)

Dimensões	Nº	Itens	Avaliação dos itens										Observações		
			a) Clareza					b) Pertinência							
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
Integração Física (Wong & Salomon, 2002)	1	Passo grande parte do meu tempo livre fora de casa.													
	5	Costumo sair de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.													
	9	Costumo ir aos serviços sociais, à clinica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros.													
	13	Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras.													
	17	Costumo sair de casa por iniciativa própria.													
	21	Se necessário recorro às oportunidades e recursos que a comunidade oferece.													
	25	Utilizo os serviços e recursos da minha comunidade.													
	29	Costumo ir ao banco, aos correios, ao supermercado, ou outros.													
Integração Social (Wong & Salomon, 2002)	2	Conheço a maioria das pessoas da zona onde eu moro.													
	6	A maioria das pessoas da zona onde eu moro conhece-me.													
	10	Tenho muitas pessoas com quem falo e sou amigo(a).													
	14	Das pessoas com quem me relaciono, poucas vivem em instituições ou possuem problemas psiquiátricos.													
	18	Relaciono-me com pessoas de géneros, idades, níveis de escolaridade e condições económicas diferentes.													
	22	Confio e sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.													
	26	As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.													
	30	Das pessoas que conheço poucas têm problemas psiquiátricos.													
Integração Psicológica	3	Sinto que pertenço à minha comunidade.													
	7	Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha													

Anexo 8: Cartas de pedido de autorização às instituições

Ex.mos Senhores

Membros da Comissão de Ética do Hospital do Divino Espírito Santo

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, com especialidade em Contextos Comunitários, da Universidade dos Açores, encontra-se em curso uma investigação, sob orientação da Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho, que tem como objetivo iniciar o processo de desenvolvimento e validação de um instrumento que avalie a integração comunitária de pessoas com doença mental.

Tendo verificado que o Serviço de Psiquiatria deste Hospital, reúne as características desejadas para esta investigação, vimos por este meio solicitar, ao abrigo do protocolo existente entre a Universidade dos Açores e o Hospital do Divino Espírito Santo:

- a) consentimento para que alguns dos utentes do Serviço de Psiquiatria, independentemente do seu diagnóstico clínico, sejam contactados pela mestranda e convidados a participar neste estudo, respondendo ao conjunto de escalas deste protocolo, enquanto aguardam pela sua consulta,
- b) a cedência de um espaço onde as referidas escalas possam ser aplicadas, de modo a garantir o bem-estar e privacidade dos participantes.

Comprometemo-nos a assegurar que os participantes sejam devidamente esclarecidos sobre a natureza da investigação e do direito que têm de abandonar o estudo em qualquer momento da recolha de dados. Será garantido o anonimato dos participantes bem como a confidencialidade das suas respostas aos questionários que lhes serão aplicados.

Em anexo enviamos o protocolo da investigação no qual se encontram as escalas a administrar no presente estudo.

Sem outro assunto, atenciosamente pedem deferimento,

Joana Cabral
(Mestranda da Universidade dos Açores)

Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho
(Professora Auxiliar da Universidade dos Açores)

Ponta Delgada, 24 de Setembro, 2012.

Assunto: Pedido de permissão para realizar uma investigação junto dos utentes da Unidade de Saúde de Vila do Porto

Ex.mo Senhor Diretor da Administração da Unidade de Saúde de Vila do Porto

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, com especialidade em Contextos Comunitários, da Universidade dos Açores, encontra-se em curso uma investigação, sob orientação da Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho, que tem como objetivo iniciar o processo de desenvolvimento e validação de um instrumento que avalie a integração comunitária de pessoas com doença mental.

Tendo verificado que a Unidade de Saúde de Vila do Porto (USVP) poderá ser uma fonte privilegiada de acesso a participantes para o referido estudo, vimos por este meio solicitar consentimento para que alguns dos utentes do USVP diagnosticados com perturbações psiquiátricas, sejam convidados a participar neste estudo.

Comprometemo-nos a assegurar que os participantes sejam devidamente esclarecidos sobre a natureza da investigação e do direito que têm de abandonar o estudo em qualquer momento da recolha de dados. Será garantido o anonimato dos participantes bem como a confidencialidade das suas respostas aos questionários que lhes serão aplicados.

Sem outro assunto, atenciosamente pedem deferimento,

Joana Cabral

(Mestranda da Universidade dos Açores)

Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho

(Professora Auxiliar da Universidade dos Açores)

Ponta Delgada, 26 de Novembro de 2012.

Assunto: Pedido de permissão para realizar uma investigação junto dos utilizadores da _____

Exmo(a) Senhor(a) Diretor(a) da _____

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, com especialidade em Contextos Comunitários, da Universidade dos Açores, encontra-se em curso uma investigação, sob orientação da Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho, que tem como objetivo iniciar o processo de desenvolvimento e validação de um instrumento que avalie a integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos.

Tendo verificado que a _____, reúne as características desejadas para esta investigação, vimos por este meio solicitar consentimento para que alguns dos utentes da instituição que dirige, sejam convidadas a participar neste estudo sendo-lhes entregue um protocolo de investigação.

Comprometemo-nos a assegurar que os participantes sejam devidamente esclarecidos sobre a natureza da investigação e do direito que têm de abandonar o estudo em qualquer momento da recolha de dados. Será garantido o anonimato dos participantes bem como a confidencialidade das suas respostas ao protocolo.

Sem outro assunto, atenciosamente pedem deferimento,

Joana Cabral

(Mestranda da Universidade dos Açores)

Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho

(Professora Auxiliar da Universidade dos Açores)

Ponta Delgada, ____ de 2012.

Anexo 9: Resultados de avaliação por peritos e respetivas alterações

Resultados “Questionário de Avaliação por peritos” e respetivas alterações

Comentário tabela	
CVCc	≤ 0.7
	Itens que de acordo com os resultados do CVC não necessitam ser reformulados.
	Reformulação do item da linha anterior / itens da nova versão da escala.
CVC total da Clareza- 0.73	
CVC total da Pertinência- 0.72	

Dimensões	Nº Itens	Conteúdo dos Itens	CVC		Observações
			a)Cl	b)Pe	
Integração Física (Wong & Salomon, 2002)	1	Passo grande parte do meu tempo livre fora de casa.			Perito B “Tenho dúvidas que ‘fora de casa’ seja a melhor forma de avaliar a integração física. ‘Muito tempo fora de casa’ poderá significar justamente altos níveis de desintegração física ...” Perito C “Realidade do doente psicótico que não trabalha. O que é o tempo livre?”
	1	Passo parte do meu tempo fora de casa.			

5	Costumo sair de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.			<p>Perito D “Muitas famílias, recebem amigos, vão a casa de vizinhos. Os espetáculos, café... são pouco referidos pelos doentes”.</p> <p>Perito G “Tirava a palavra “Descontraídas””.</p> <p>Perito B “Não sei se na nossa cultura ‘ir às compras’ chegou a ser uma ‘atividade descontraída’”.</p> <p>Perito A “Assume-se que isto é dentro da sua comunidade?”</p>
6	Saio de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.			
9	Costumo ir aos serviços sociais, à clinica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros.			<p>Perito D “Acompanhado ou sozinho?”</p> <p>Perito G “Substituir “costumo ir” por “vou””.</p>
11	Vou sozinho(a) aos serviços sociais, à clinica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros.			Acrescentou-se a palavra “sozinho(a)” porque todas as pessoas com problemas psiquiátricos costumam utilizar os serviços de saúde, daí ser importante fazer a distinção entre indivíduos através da capacidade de ir sozinho(a).
13	Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras.			<p>Perito G “Explicar aos doentes o que significa “ativamente” v.s passivamente”.</p> <p>Perito I “Dentro da participação existem outras atividades muito comuns...”</p>
16	Mantém-se.			
33	Participo em atividades na minha comunidade, tais como fazer voluntariado, colaborar na preparação de uma festa/evento, dar catequese, ir a convívios, ou outras.			

	17	Costumo sair de casa por iniciativa própria.			Perito G “Ou por vontade própria”. Perito C “Por minha vontade”.
	20	Saio de casa por minha vontade.			
	21	Se necessário recorro às oportunidades e recursos que a comunidade oferece.			Perito D “Tentar dar exemplos”. Perito B “A palavra ‘recursos’, nesta aceção, será compreendida pela maioria das pessoas?”
	24	Se necessário recorro aos serviços e recursos que a comunidade oferece, tais como centro de emprego, junta de freguesia, casa do povo ou outros.			
	25	Utilizo os serviços e recursos da minha comunidade.			Perito D “Tentar dar exemplos”. Perito C “Semelhante à anterior”.
		Eliminou-se este item por estar repetido e pouco perceptível.			
	29	Costumo ir ao banco, aos correios, ao supermercado, ou outros.			
	29	Se necessário vou tratar de assuntos a locais públicos, tais como o banco, os correios, o supermercado, ou outros.			
Integração Social (Wong & Salomon, 2002)	2	Conheço a maioria das pessoas da zona onde eu moro.			Perito D “Vizinhos...” Perito B “Tem que ser a maioria?”
	2	Conheço muitos dos meus vizinhos.			
	3	Conheço muitas pessoas que não são minhas vizinhas.			
	6	A maioria das pessoas da zona onde eu moro conhece-me.			Perito B “Tem que ser a maioria?”

7	Muitos dos meus vizinhos conhecem-me.			
8	Muitas pessoas que não são minhas vizinhas conhecem-me.			
10	Tenho muitas pessoas com quem falo e sou amigo(a).			Perito B “A pergunta aponta para 2 coisas. Tem que ser ‘muitas’?”
12	Tenho muitas pessoas com quem falo.			
13	Tenho muitas pessoas de quem sou amigo(a).			
14	Das pessoas com quem me relaciono, poucas vivem em instituições ou possuem problemas psiquiátricos.			Perito G “Problemas psiquiátricos? Quais?”. Perito B “Instituições de que tipo? A pergunta aponta para 2 coisas”.
17	Das pessoas com quem me relaciono, poucas vivem em instituições.			
18	Relaciono-me com pessoas de géneros, idades, níveis de escolaridade e condições económicas diferentes.			Perito H “Sexo em vez de género”. Perito G “Parece-me muitas perguntas para uma só resposta”. Perito B “Sexo em vez de género”. Perito A “Pergunta múltipla, podemos relacionar-nos com pessoas de géneros e idades distintas mas todas com os mesmos níveis económicos ou de escolaridade e por isso não saber como responder. Sugestão: “Relaciono-me com pessoas muito diversificadas, em termos de género, idades, níveis de escolaridade, condições económicas ou outras”.

	21	Relaciono-me com pessoas muito diferentes, por exemplo em termos de género, idade, nível de escolaridade, condições económicas ou outras.			
	22	Confio e sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.			Perito A “Pergunta múltipla: podemos sentir apoio mas não confiar”.
	25	Confio nas pessoas com quem me relaciono.			
	26	Sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.			
	26	As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.			
	30	Mantém-se.			
	30	Das pessoas que conheço poucas têm problemas psiquiátricos.			Perito B “Se calhar percebe-se mais facilmente se se perguntar “Vão ao psiquiatra?””.
	34	Das pessoas com quem me relaciono poucas vão ao psiquiatra.			
Integração Psicológica (Wong & Salomon, 2002)	3	Sinto que pertença à minha comunidade.			
	4	Mantém-se.			
	7	Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha comunidade.			
	9	Mantém-se.			
	11	Sei que se precisar posso contar com o apoio das pessoas da minha comunidade.			
	14	Mantém-se.			
	15	As pessoas da minha comunidade pedem-me ajuda quando precisam.			

	18	Mantém-se.			
	19	As pessoas da minha comunidade sabem que se precisarem podem contar comigo.			Perito C “Semelhante à anterior”.
	22	Mantém-se.			Mantém-se porque tem um bom nível de clareza.
	23	Tenho uma ligação emocional forte com as pessoas da minha comunidade.			
	27	Tenho ligação emocional ou afeto pelas pessoas da minha comunidade.			
	27	As pessoas da minha comunidade têm em conta as minhas ideias e opiniões.			
	31	Mantém-se.			Mantém-se porque foi apontada como pertinente.
Independência (Gulcur, <i>et al</i> , 2007)	4	Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, telefono por iniciativa própria sem precisar da ajuda de ninguém.			Perito B “Telefone, não é a única forma”.
	5	Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, contacto com essa pessoa, por iniciativa própria e sem precisar da ajuda de ninguém.			
	8	Costumo deslocar-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi.			
	10	Desloco-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi.			
	12	Costumo colaborar nas tarefas domésticas, como cozinhar, tratar da roupa, limpar a casa ou outras.			Perito B “Não será antes ‘conseguir gerir as tarefas’?”.
	15	Colaboro nas tarefas domésticas, como cozinhar, tratar da roupa, limpar a casa ou outras.			
	16	Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.			Perito G “Organizo o meu dinheiro?”.
	19	Mantém-se.			
	20	Costumo gerir sozinho(a) a minha medicação, tomando-a nas			Perito G

		horas e doses certas.			“Organizo”.
	23	Sou eu quem tomo conta da minha medicação, tomando-a nas horas e doses certas.			
	24	Sinto que tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.			
	28	Tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.			
	28	Considero-me uma pessoa independente em termos económicos.			Perito G “Sou”.
	32	Sou uma pessoa independente em termos económicos.			

Apreciação geral do instrumento

Código Perito	Apreciação
A	“Teria sido interessante solicitar aos peritos que categorizassem os itens pelas dimensões para analisar a de acordo intersubjetivo. Na dimensão Integração Psicológica, ver a relação com outros construtos como: sentimento de comunidade. Relativamente à Independência: Duvido que esta dimensão sature significativamente com as restantes para um mesmo construto, a menos que possam estar negativamente correlacionados. Apreciar se não se tratarão de construtos independentes mas cuja articulação importa estudar pelo quadro de problemas psiquiátricos”.
B	“Revela trabalho relevante mas requer algum aperfeiçoamento”.
C	“Boa, mas poderia haver uma alteração da clareza das perguntas/questões, devido à escolaridade/défices/ outras particularidades dos doentes psicóticos”.
D	“Atender que o nível socioeconómico dos doentes dificulte a comunicação. Instrumento que me parece muito pertinente e capaz de uma avaliação global eficiente da integração do doente na comunidade”.
E	“Boa”.
F	-----
G	“A escala parece-me “certo”, mas penso que na comunicação com a maioria dos doentes, (pelo menos da minha curta experiência) vale a pena ser mas diretos. Por exemplo: Costuma sair?- sai?; costuma gerir?- organiza?; costuma colaborar? Colabora? Ajuda?”.
H	“Parece-me claro, a pertinência é mais subjetiva...”.
I	“Julgo que o instrumento está bem construído e dará resposta a grande parte das necessidades dos utentes”.

Notas relativas às alterações realizadas na escala:

Alterou-se todos os itens que continham a palavra “costumo”, respeitando a sugestão da Perito G.

Substituiu-se zona onde eu moro por vizinhança, por sugestão do Perito D e porque a abrangência da zona poderá ser considerada diferente de individuo para individuo.

Como a noção de comunidade que utilizamos vai para além da zona onde o individuo reside, acrescentou-se dois itens de modo a referir-nos às relações que estabelecem dentro e fora da zona onde vivem, isto permite o instrumento discriminar se as relações dos indivíduos dão-num num contexto mais ou menos alargado.

Acrescentou-se o item 33 para corresponder à sugestão do Perito I relativamente ao item 13.

Caracterização dos Peritos

Código Perito	Área de formação	Área de Investigação	Profissão
A	Psicologia	Psicologia Social e Ambiental	Prof. universitário
B	Psicologia	Psicologia	Prof. universitário
C	Medicina- Especialidade Psiquiatria	Não investiga	Psiquiatra
D	Medicina- Especialidade Psiquiatria	Hospital Dia de Psiquiatria- HDES	Psiquiatra
E	Medicina- Especialidade Psiquiatria	Não investiga	Psiquiatra
F	Medicina- Especialidade Psiquiatria	Não investiga	Psiquiatra
G	Medicina- Especialidade Psiquiatria	Não investiga	Médica em internato de psiquiatria
H	Medicina- Especialidade Psiquiatria	Não investiga	Psiquiatra
I	Enfermagem com Especialidade em Saúde Mental	Não investiga	Enfermeiro

Anexo 10: Tabela de especificações de suporte à criação da escala

Dimensões	Subdimensões	Descrição	Itens	Nº
Integração Física (Wong e Salomon, 2002)		Medida em que um individuo passa o tempo fora da sua casa por autoiniciativa, participa das atividades e utiliza recursos	Passo parte do meu tempo fora de casa.	1
			Saio de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.	6
			Vou sozinho(a) aos serviços sociais, à clinica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros.	11
			Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras.	16
			Saio de casa por minha vontade.	20
			Se necessário recorro aos serviços e recursos que a comunidade oferece, tais como centro de emprego, junta de freguesia, casa do povo ou outros.	24
			Se necessário vou tratar de assuntos a locais públicos, tais como o banco, os correios, o supermercado, ou outros.	29
			Participo em atividades na minha comunidade, tais como fazer voluntariado, colaborar na preparação de uma festa/evento, dar catequese, ir a convívios, ou outras.	30

Dimensões	Subdimensões	Descrição	Itens	Nº
Integração Social (Wong e Salomon, 2002)	Interação	Medida em termos de quantidade e qualidade, que um indivíduo se envolve em interações sociais com outros membros da comunidade (sem problemas da mesma natureza) em contextos normativos.	Conheço muitos dos meus vizinhos.	2
			Conheço muitas pessoas que não são minhas vizinhas.	3
			Muitos dos meus vizinhos conhecem-me.	7
			Muitas pessoas que não são minhas vizinhas conhecem-me.	8
			Tenho muitas pessoas com quem falo.	12
			Tenho muitas pessoas de quem sou amigo(a).	13
			Das pessoas com quem me relaciono, poucas vivem em instituições.	17
	Rede social	Medida em que a rede social do indivíduo reflete o tamanho adequado e multiplicidade de papéis sociais e do grau em que as relações sociais refletem um apoio positivo e de reciprocidade, em vez de <i>stress</i> e dependência.	Relaciono-me com pessoas muito diferentes, por exemplo em termos de género, idade, nível de escolaridade, condições económicas ou outras.	21
			Confio nas pessoas com quem me relaciono.	25
			Sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.	26
			As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.	30
			Das pessoas com quem me relaciono poucas vão ao psiquiatra.	34

Dimensões	Subdimensões	Descrição	Itens	Nº
Integração Psicológica (Wong e Salomon, 2002)		Medida em que o indivíduo percebe a adesão à sua comunidade, expressa uma ligação emocional aos vizinhos, acredita na sua capacidade para satisfazer as suas necessidades a partir da vizinhança e ao mesmo tempo exercer influência na comunidade. (Nível de sentimento de comunidade).	Sinto que pertenço à minha comunidade.	4
			Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha comunidade.	9
			Sei que se precisar posso contar com o apoio das pessoas da minha comunidade.	14
			As pessoas da minha comunidade pedem-me ajuda quando precisam.	18
			As pessoas da minha comunidade sabem que se precisarem podem contar comigo.	22
			Tenho ligação emocional ou afeto pelas pessoas da minha comunidade.	27
			As pessoas da minha comunidade têm em conta as minhas ideias e opiniões.	31
Independência/ Auto-realização (Gulcul, <i>et al</i> , 2007)		Capacidade dos indivíduos realizarem atividades de forma autónoma.	Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, contacto com essa pessoa, por iniciativa própria e sem precisar da ajuda de ninguém.	5
			Desloco-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi.	10
			Colaboro nas tarefas domésticas, como cozinhar, tratar da roupa, limpar a casa ou outras.	15
			Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.	19
			Sou eu quem tomo conta da minha medicação, tomando-a nas horas e doses certas.	23
			Tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.	28
			Sou uma pessoa independente em termos económicos.	32
		Sou uma pessoa independente em termos económicos.	32	

Anexo 11: Última versão da escala

EIC-APP

Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos

(Em processo de construção e validação por Barreto Carvalho, C. & Cabral, J. 2012)

Instruções: Em seguida encontrará uma série de afirmações sobre a forma como se encontra integrado(a) na comunidade.

Quando encontrar a palavra **“comunidade”** pense nas pessoas que o(a) rodeiam, com quem interage, se relaciona ou tem alguma coisa em comum, incluído desde os seus vizinhos às pessoa da ilha onde vive.

Leia cuidadosamente cada afirmação e **assinale com um “X” na opção que melhor descreve o quanto concorda com cada afirmação.**

Por favor, utiliza a seguinte escala:

0	1	2	3	4
Não tenho opinião sobre isso	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

Nº	Afirmação	Escala				
		0	1	2	3	4
1	Passo parte do meu tempo fora de casa.					
2	Conheço muitos dos meus vizinhos.					
3	Conheço muitas pessoas que não são minhas vizinhas.					
4	Quando preciso de falar com alguém que não está por perto, contacto com essa pessoa, por iniciativa própria e sem precisar da ajuda de ninguém.					
5	Saio de casa para fazer atividades descontraídas, tais como, passear, ir ao café, às compras, assistir a espetáculos, a jogos, ou outras.					
6	Sinto que pertença à minha comunidade.					
7	Quando tenho um problema peço ajuda às pessoas da minha comunidade.					
8	Desloco-me sozinho(a) até aos sítios onde quero ir, a pé, em viatura própria, autocarro ou táxi.					
9	Vou sozinho(a) aos serviços sociais, à clínica, à farmácia ao centro de saúde / hospital, ou outros					
10	Muitos dos meus vizinhos conhecem-me.					
11	Muitas pessoas que não são minhas vizinhas conhecem-me.					
12	Sei que se precisar posso contar com o apoio das pessoas da minha comunidade.					
13	Participo ativamente nas organizações da minha comunidade, tais como					

	grupos religiosos, equipa desportiva, escoteiros, filarmónica ou outras.					
14	Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.	0	1	2	3	4
15	Tenho muitas pessoas com quem falo.	0	1	2	3	4
16	Confio nas pessoas com quem me relaciono.	0	1	2	3	4
17	Costumo a gerir o meu dinheiro sozinho(a), sendo responsável por pagar contas.	0	1	2	3	4
18	Tenho muitas pessoas de quem sou amigo(a).	0	1	2	3	4
19	Sinto o apoio das pessoas com quem me relaciono.	0	1	2	3	4
20	Saio de casa por minha vontade.	0	1	2	3	4
21	Se necessário recorro aos serviços e recursos que a comunidade oferece, tais como centro de emprego, junta de freguesia, casa do povo ou outros	0	1	2	3	4
22	As pessoas da minha comunidade pedem-me ajuda quando precisam.	0	1	2	3	4
23	Tenho ligação emocional ou afeto pelas pessoas da minha comunidade.	0	1	2	3	4
24	Tenho liberdade para tomar decisões que têm a ver com a minha vida.	0	1	2	3	4
25	Relaciono-me com pessoas muito diferentes, por exemplo em termos de género, idade, nível de escolaridade, condições económicas ou outras.	0	1	2	3	4
26	As pessoas com quem me relaciono são importantes para mim.	0	1	2	3	4
27	Se necessário vou tratar de assuntos a locais públicos, tais como o banco, os correios, o supermercado, ou outros.	0	1	2	3	4
28	As pessoas da minha comunidade sabem que se precisarem podem contar comigo.	0	1	2	3	4
29	Participo em atividades na minha comunidade, tais como fazer voluntariado, colaborar na preparação de uma festa/evento, dar catequese, ir a convívios, ou outras.	0	1	2	3	4