



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**A Relação da Educação e Emprego
com as Capacidades das
Pessoas com Experiência de Doença Mental**

Ana Sofia Gaudêncio Arruda

Orientador de Dissertação:

Professor Doutor José H. Ornelas

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor José H. Ornelas

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de José Ornelas, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de clínica.

Agradecimentos

Chegou o dia e, finalmente pode-se dar por concluído mais um dos meus objetivos de vida. No entanto, não me posso esquecer do apoio de todos, sem o qual tudo seria mais difícil e por isso, aqui fica um especial agradecimento a todos vós.

Ao Professor Doutor José Ornelas por uma orientação repleta de sabedoria, experiência e conhecimentos científicos que levaram a um maior empenho, dedicação e motivação no projeto, que só assim foi possível torná-lo mais enriquecedor.

À Equipa de Investigação do Projeto “Validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental” por todo o trabalho de equipa realizado com base na ajuda mútua, partilha e reciprocidade entre todos os membros. É de destacar o amparo da Dr.^a Beatrice Sacchetto que sempre demonstrou uma enorme sensibilidade e disponibilidade para todos os desafios que surgiam.

Às Associações de Saúde Mental Comunitária que nos receberam de “braços abertos”, proporcionando a recolha de dados com todos os seus utilizadores que se encontravam disponíveis, facilitando a comunicação entre a equipa e os próprios.

Aos utilizadores com experiência de doença mental que se ofereceram para colaborar com a equipa, organizando o seu tempo livre de modo a que fosse possível facultar os seus próprios testemunhos de vida.

Aos meus pais pelo apoio incondicional, por sempre terem apostado na melhor formação e por, mesmo ao longe, sempre terem incentivado a percorrer um caminho duro mas que no futuro seria reconhecido.

Ao Fábio pelo carinho, dedicação, paciência e compreensão que nunca faltaram. Pelo respeito e incentivo constante, que nunca me deixaram ir abaixo. E pelo orgulho que sempre foi demonstrado, transformando as incertezas numa motivação extra.

E, por fim, aos meus amigos que foram incansáveis e estiveram sempre dispostos a apoiar-me em qualquer dificuldade.

A todos muito obrigada!

Resumo:

Na presente dissertação pretende-se explorar a abordagem das capacidades no contexto da saúde mental, tendo por base as capacidades descritas no referencial teórico de Nussbaum. Será defendido que estas capacidades encontram-se ao alcance de cada pessoa, evitando a discriminação e apoiando a integração das pessoas com experiência de doença mental. No estudo em específico, será focada a integração comunitária a nível educacional e profissional.

Neste sentido, trata-se de um estudo comparativo com o objetivo de compreender se as capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental aumentam à medida que estas pessoas se encontram mais integradas a nível educacional e profissional. O estudo foi realizado com 134 utilizadores de serviços de saúde mental comunitária, que se disponibilizaram para colaborar com esta investigação e o instrumento principal utilizado é o QC-SMC – Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária.

A partir da análise de dados, conclui-se que existem capacidades em específico que representam um aumento quando comparadas com as pessoas com maior grau de qualificação e com as pessoas inseridas profissionalmente. Pode-se afirmar, deste modo, que a integração na comunidade em geral permite o aumento das capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental, tal como é defendido pela literatura.

Palavras-Chave: Abordagem das Capacidades; Saúde Mental; Integração Comunitária;

Abstract:

In this dissertation we intend to explore the capabilities approach in the mental health context, based on the capabilities described on the Nussbaum's theoretical referential. It will be defended that those capabilities are within reach of every person, avoiding the discrimination and supporting the integration of persons with mental health experience. In this specific study, will be focused the community integration at educational and professional level.

In this sense, this is a comparative study with the objective of understanding if the capabilities of persons with mental health problems increase with better integration at educational and professional level. The study was accomplished with the collaboration of 134 community mental health services users, which have accepted to participate on this investigation, and the main instrument used was the CQ-CMH – Capabilities Questionnaire for the Community Mental Health Context.

Through the data analysis, we may conclude that exist an increase of the specific capacities on persons with mental health problems that have a greater level of qualification and a better professional integration. Thus, we may say, that the integration on the general community allows an increase of person's capacities with mental health problems, as it is defended by the literature.

Palavras-Chave: Capabilities Approach; Mental Health; Community Integration;

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1.A Abordagem das Capacidades	3
2.2.As Capacidades na Saúde Mental	9
2.3.A Educação e o Emprego na Saúde Mental	22
3. Metodologia	28
3.1.Participantes	28
3.2.Instrumento	29
3.2.1.Ficha de Caracterização Individual	29
3.2.2. QC-SMC - Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária	30
3.3.Procedimento	33
3.4.Análise dos Resultados	35
4. Discussão dos Resultados.....	49
5. Considerações Finais	57
6. Referências Bibliográficas	61
7. Anexos.....	66
I. Consentimento Informado	66
II. Ficha de Caracterização Individual	69
III. QC-SMC - Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária	74
IV. Outputs do SPSS	78

Lista de Tabelas:

Tabela 1 – Lista de Capacidades de Sacchetto et al. (2015)	20
Tabela 2 – Sexo dos Participantes	29
Tabela 3 – Habilitações Literárias dos Participantes	35
Tabela 4 – Características Educacionais dos Participantes.....	36
Tabela 5 – Situação Profissional dos Participantes	37
Tabela 6 – Características Profissionais dos Participantes	38
Tabela 7 – Consistência Interna do QC-SMC	40
Tabela 8 – Capacidade Vida comparada com as Habilitações Literárias	41
Tabela 9 – Valores Estatísticos da Capacidade Vida comparada com as Habilitações Literárias	42
Tabela 10 – Valores Estatísticos das Capacidades comparadas com a Situações Profissional	43
Tabela 11 – Valores Estatísticos das Capacidades comparadas com a Situação Profissional ao Longo da Vida	44
Tabela 12 – Capacidades comparadas com a Situação Profissional	45
Tabela 13 – Valores Estatísticos dos Indicadores das Capacidades	47
Tabela 14 – Variância dos Indicadores das Capacidades	48
Tabela 15 – Resultados mais Evidentes	56

1. Introdução

A presente dissertação tem como principal objetivo compreender as capacidades na saúde mental, tendo em conta a educação e o emprego como modo de integração das pessoas com experiência de doença mental na comunidade. Para refletirmos sobre a problemática da saúde mental, torna-se fulcral recorrer à abordagem das capacidades, uma vez que a importância crucial da mesma é colocada na liberdade de escolha de cada pessoa, salientando a individualidade de cada um e tendo por base as suas próprias perspetivas de bem-estar pessoal (Vergunst, Jenkinson, Burns, & Simon, 2014; Anand, Hunter, Carter, Dowding, Guala, & Hees, 2009; Robeyns, 2005, Hopper, 2007).

Nussbaum (2003) defende, com praticamente a certeza de que Sen concordaria consigo, que mesmo que uma comunidade assegure que as pessoas com experiência de doença mental usufruem de um conjunto apropriado de capacidades, se não lhes fornecer a proteção necessária com base na sua cultura ou religião, não será permitida a estas pessoas viverem de acordo com as suas verdadeiras capacidades.

Nesta ordem de ideias, Nussbaum (2003) exemplifica esta situação ao referir que a liberdade, os direitos e as oportunidades de escolha oferecidas, por exemplo, no caso das mulheres, acabam por ser diferentes das concedidas aos elementos do sexo masculino, sendo isto, uma questão praticamente universal. De acordo com essa convicção, a abordagem das capacidades demonstra um especial interesse pelas concepções de justiça sobre os direitos de toda a população, tendo em conta as mulheres, as crianças, as pessoas portadoras de deficiência e os idosos. É nesta perspetiva, que a abordagem das capacidades defende a importância da existência de uma lista de direitos que devem ser proporcionados a qualquer pessoa, tendo por base o ponto de vista da justiça. Esta necessidade justifica-se com o facto de cada pessoa revelar algum tipo de dependência, podendo esta ser física ou psicológica.

São estes dilemas que fazem com que a abordagem das capacidades seja considerada como estando baseada numa perspetiva de justiça de género (Nussbaum, 2003), apesar de os problemas relacionados com as capacidades não se encontrarem apenas nas pessoas do sexo feminino. O que se pretende explicar é que, refletindo sobre um prisma mais generalista, os indivíduos com experiência de doença mental, muitas vezes, apresentam grandes dificuldades em serem reconhecidos como pessoas com as suas próprias capacidades e como sendo capazes de se tornarem responsáveis pelos seus

próprios comportamentos. É por isso que estes sujeitos sentem uma grande dificuldade em serem vistos como pessoas que têm os seus próprios valores e capacidades para aceder a recursos como escolaridade, emprego e habitação. Assim, torna-se essencial que a comunidade compreenda que as pessoas com problemáticas de saúde mental usufruem também de capacidades que lhes permitem lidar com a sua própria doença, desenvolvendo a fluência da linguagem, o aumento da autoconfiança, a melhoria do humor e a participação nas diversas atividades da comunidade, uma vez que são estes fatores que estão na base do desenvolvimento de ações coletivas e da própria organização individual (Hopper, 2007).

No sentido de implementar algumas melhorias, no que diz respeito a esta dificuldade de as pessoas com experiência de doença mental serem aceites na comunidade, tal como referido anteriormente por Hopper (2007), nos últimos anos em Portugal, tem havido uma preocupação com a renovação do sistema de saúde mental, tendo em conta iniciativas psicossociais. Neste contexto, tem sido aplicado um modelo com o intuito de apoiar as pessoas com problemáticas de saúde mental, as suas famílias e os próprios técnicos de organizações de saúde mental comunitária (Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010). Estes serviços pretendem colaborar com os utilizadores de organizações de saúde mental, trabalhando com estas pessoas, no sentido de auxiliá-las a partir do suporte individual e de grupos de ajuda mútua, em que os utilizadores reúnem-se sem a presença de técnicos. Para além disso, verifica-se que este trabalho representa também um esforço para que seja estimulada uma maior cooperação por parte da comunidade em geral (Nelson, Janzen, & Trainor, 2006).

Neste seguimento, torna-se possível um processo de *recovery* adaptado, sendo este um procedimento por parte das pessoas com experiência de doença mental que tem sido notável pela existência de apoios que permitem a estas pessoas a obtenção de uma habitação e/ou de um emprego, implementam a oportunidade de uma maior ajuda interpares, e facultam o suporte à família. Neste conjunto de apoios existentes, destacam-se os serviços de saúde mental comunitária, que têm mostrado uma maior preocupação em fornecer apoio às pessoas com problemáticas de saúde mental que deixaram de viver em hospitais psiquiátricos, sendo que estas revelam uma maior dificuldade em inserirem-se na comunidade em geral (Davidson, Ridgway, Wieland & O'Connell, 2009).

2. Enquadramento Teórico

2.1. A Abordagem das Capacidades

A abordagem das capacidades mostra-se muito importante para as pessoas que se encontram envolvidas em grupos sujeitos à exclusão social e marginalização, como é o caso das pessoas com problemáticas de saúde mental. Pois, a abordagem permite a aquisição de uma vida mais satisfatória, ultrapassando as maiores dificuldades inerentes à integração na comunidade. Isto significa que a abordagem das capacidades, conseqüentemente, revela a sua importância também para a psicologia comunitária (Shinn, 2015). A abordagem das capacidades é universal, uma vez que considera que as capacidades são essenciais a cada pessoa, em qualquer parte do mundo (Nussbaum, 2000), demonstrando um especial interesse em aprofundar os direitos humanos, tendo em conta, por exemplo, a igualdade de género. Neste sentido, esta abordagem rege-se por um conjunto de capacidades centrais que correspondem a um direito de cada pessoa, para que seja mantida uma perspetiva de justiça social (Nussbaum, 2003).

Na realidade, a oportunidade de cada indivíduo poder explorar as suas capacidades faz com que o mesmo possa adquirir os recursos e conhecimentos necessários para conseguir uma vida social, económica e física adequada (Buchardt, 2004), sendo por isso que a abordagem das capacidades é tão importante para a compreensão das vivências da própria cidadania (Pfister, 2012). Assim, o que evidencia a abordagem são as capacidades das pessoas, tendo em conta o que elas conseguem realizar a partir dos meios em que estão inseridas, não esquecendo o suporte facultado pelo ambiente social e as próprias condições individuais (Sen, 1999 cit. por Sacchetto et al., 2015). Isto significa que a abordagem das capacidades foca-se na capacidade de cada pessoa para fazer e ser aquilo que pretende, centrando-se nas suas próprias diferenças individuais (Nussbaum, 2003). A reforçar esta ideia, pode-se clarificar que as capacidades são apresentadas como a liberdade que a pessoa tem de decidir o que quer ou deve fazer, envolvendo o facto de ser capaz de realizar atividades que a façam sentir-se reconhecida na comunidade (Hopper, 2007; Robeyns, 2005; Anand, et al., 2009; Shinn, 2015).

Assim, é importante compreender quais as capacidades que permitem adquirir uma maior qualidade de vida e perceber que as pessoas quando têm os apoios necessários e adequados, nomeadamente apoios educacionais e materiais, conseguem obter um nível de vida superior, tornando-se competentes para a realização de qualquer tarefa. Isto

acontece mesmo quando falamos de indivíduos com maiores dificuldades do que a restante população (Nussbaum, 2000). Por este motivo, Nussbaum (2000) considera que os apoios governamentais devem ter em conta a abordagem das capacidades, no sentido em que podem ser reduzidos os obstáculos presentes na comunidade que se encontram inerentes às pessoas com mais dificuldades, e podem ser reforçadas as situações que pretendem favorecer o desenvolvimento das capacidades individuais. Assim, apesar das suas limitações, se as pessoas com experiência de doença mental estiverem sujeitas aos apoios necessários, também conseguirão alcançar as capacidades centrais, tal como os outros indivíduos que não apresentam tantos impedimentos (Shinn, 2014 cit. por Sacchetto, 2015).

Tendo em conta estes pressupostos, a originalidade da abordagem das capacidades encontra-se no modo de avaliar o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa. Desta forma, salienta-se mais uma vez que, o mais importante é o que as pessoas são capazes de fazer e de ser, a partir das suas próprias capacidades, e não aquilo que elas possuem (Robeyns, 2005; Anand et al., 2009; Hooper, 2007; Davidson et al., 2009), apesar de, por vezes, serem apresentados impedimentos para a aquisição das capacidades, nas pessoas com experiência de doença mental (Hopper, 2007). Assim sendo, o propósito é assumir a pessoa como um ser livre e capaz de construir a sua própria vida e não um ser passivo (Nussbaum, 2000). Por este motivo, é importante realçar a opinião de Hopper (2007) que refere que as pessoas com experiência de doença mental devem ter a oportunidade de gerir o seu próprio processo de *recovery*, fazendo com que as funções estipuladas pela comunidade sejam alteradas, havendo uma reformulação das prioridades e destacando a vontade dos utilizadores de serviços de saúde mental comunitária (Sacchetto et al., 2015).

Para além destes fatores, a abordagem das capacidades tem-se focado, também, em outras perspetivas, como o bem-estar dos indivíduos, tendo em conta aspetos como a saúde, a educação, a alimentação e a participação a nível político (Deneulin & McGregor, 2010). No entanto, é importante salientar que o principal objetivo desta abordagem não tem de ser necessariamente a diminuição de sintomas nem tão pouco o desenvolvimento da saúde. A verdade é que esta abordagem tem como principal preocupação proporcionar os meios necessários para que as pessoas consigam ter a liberdade suficiente para viver do modo que mais ambicionam. Neste sentido, esta liberdade deve ser vista como uma maneira de cada pessoa criar os seus próprios

objetivos e poder colocá-los em prática. Isto é considerado como algo muito importante, pois esta liberdade, por vezes, não é permitida a pessoas com experiência de doença mental (Sen, 1992; 1999 cit. por Shinn, 2014; Nussbaum, 2000 cit. por Shinn, 2014). Assim, Sacchetto et al. (2015) inovam ao sugerir dois modos de contornar os principais desafios desta população, através do trabalho dos serviços de saúde mental comunitária com base na abordagem das capacidades, e recorrendo a uma abordagem colaborativa entre os técnicos e os utilizadores.

As capacidades desenvolvem-se a partir das aptidões individuais e das habilidades internas. No entanto, estas capacidades também têm em conta fatores externos como o ambiente social (Sen, 1992 cit. por Shinn, 2014). Assim sendo, para que se possa considerar que os indivíduos têm uma vida saudável, é necessário ter em conta os cuidados de saúde individual e principalmente o ambiente envolvente a estas pessoas, pois este ambiente deve servir de suporte, tanto a nível físico como a nível social. Desta forma, o ambiente social deve estar preparado para aceitar qualquer pessoa, apesar das suas limitações, em vez de rejeitá-la (Pritchard, 2012).

Assim, deve-se ter em conta que as capacidades podem ser divididas em três grandes grupos. As capacidades básicas que envolvem aquilo que é inato ao sujeito, as capacidades internas que estão inerentes à própria pessoa e são indispensáveis para a realização das suas próprias funções, como é o caso da sexualidade e religião onde o indivíduo tem liberdade de escolha, e por fim, as capacidades combinadas (Nussbaum, 2000). Estas últimas, para a autora, acabam por corresponder a uma associação organizada de capacidades individuais (Gibson, 1982 cit. por Shinn, 2015; Withagen et al., 2012 cit. por Shinn, 2015). Ainda relativamente a estes diferentes conjuntos, pode-se considerar que as capacidades internas têm a probabilidade de se encontrarem debilitadas devido a, por exemplo, atos de violência. Por este motivo, as capacidades combinadas, por vezes, também se apresentam como limitadas, uma vez que o contexto social, político, familiar e económico revelam ter uma influência sobre as mesmas, apesar de estas fazerem parte do conjunto de capacidades mais evoluídas, (Nussbaum, 2011 cit. por Shinn, 2015).

No que diz respeito às capacidades combinadas, Nussbaum (2000) elaborou uma lista das mesmas, que pode corresponder a uma falha da pirâmide das necessidades de Maslow (Shinn, 2014). Para a construção da sua lista, Nussbaum baseou-se no que é necessário para que as pessoas consigam ter liberdade de escolha, tendo em conta que

isso ultrapassa os relacionamentos e as tarefas que devem ser realizadas (Hopper, 2007), uma vez que cada capacidade é o que pode permitir que uma pessoa atinja uma vida plena, se a capacidade for conseguida num valor mínimo (Nussbaum, 2000 cit. por Shinn, 2015).

Neste sentido, Nussbaum (2000) defende que existem dez capacidades centrais, sendo que todas são independentes umas das outras. Isto significa que, não é possível melhorar uma capacidade através do aperfeiçoamento de outra, pois cada uma tem o seu valor independente das restantes. Assim sendo, as dez capacidades de Nussbaum (2000) são:

- 1) Capacidade Vida: o indivíduo deve sentir que vai conseguir viver durante um período igual ou superior ao da esperança média de vida;
- 2) Capacidade Saúde Física: estabilidade ao nível da saúde, assim como na saúde reprodutora;
- 3) Capacidade Integridade Física: o sujeito deve ser capaz de se deslocar de um modo livre e defender-se de possíveis agressões, bem como conseguir obter satisfação sexual tomando as suas próprias decisões relativamente à reprodução;
- 4) Capacidade Sentido, Imaginação e Pensamento: o indivíduo deve ser capaz de utilizar a sua experiência com estas funções, para tomar as suas decisões diárias;
- 5) Capacidade Emoções: é importante a criação de laços afetivos com outras pessoas, para que se possam sentir diferentes tipos de emoções, tanto positivas como negativas;
- 6) Capacidade Razão Prática: implica que a pessoa construa a sua própria opinião, de modo a produzir uma reflexão crítica sobre os seus objetivos de vida;
- 7) Capacidade Afiliação: a) o indivíduo deve ser capaz de se relacionar tendo a noção das regras básicas de socialização, e revelar preocupação e empatia com as pessoas do seu meio envolvente; b) a pessoa deve respeitar-se a si própria e ter comportamentos que excluam a humilhação, sentindo-se com as mesmas oportunidades e direitos que os outros.
- 8) Capacidade Outras Espécies: a pessoa deve demonstrar preocupação com os diferentes elementos da natureza, como os animais e as plantas.
- 9) Capacidade Tempo Livre: o sujeito deve conseguir aproveitar diferentes tipos de atividades, desfrutando das mesmas.

10) Capacidade Controlo do Próprio Ambiente: a) controlo político, onde a pessoa deve conseguir expressar-se livremente sobre as suas opções; b) controlo material, em que o sujeito deve ser autónomo relativamente à sua habitação e emprego. A pessoa capaz destes dois controlos é considerada como tendo controlo sobre o seu próprio ambiente.

Apesar de Nussbaum (2000) apresentar a lista anterior dando grande importância a cada uma das capacidades individualmente, para a autora as capacidades Razão Prática e Afiliação representam uma significância superior, visto que estas incluem de alguma forma todas as restantes capacidades. Para além disso, a autora (2011) realça que estas capacidades representam os direitos do ser humano, logo é uma obrigação do estado atuar de modo a conseguir protegê-las (Shinn, 2015).

Tendo em conta estas capacidades que compõem a lista de Nussbaum, a autora defende que para uma pessoa com experiência de doença mental conseguir ter uma vida plena, tem de possuir pelo menos um nível mínimo de cada uma das capacidades referidas na sua abordagem. No entanto, existe também a opinião de que estas capacidades encontram-se, ainda hoje em dia, muitas vezes impedidas para pessoas com problemas de saúde mental (Hopper, 2007; Shinn, 2014) que se encontram em hospitais psiquiátricos realizando tratamentos, em lares ou em ambiente de ambulatório (Shinn, 2014).

Mesmo que a abordagem das capacidades tenha como fim a boa vivência das pessoas, para que isto seja possível é necessário ter especial atenção aos contextos sociais em que as pessoas se encontram. Para viver bem, é necessária a existência de uma relação entre as pessoas que vivem em comunidade. É por este motivo que a abordagem das capacidades não é vista apenas como uma teoria social nem como uma teoria de justiça. O que ela sugere é a existência de mudanças sociais tendo em conta as capacidades dos indivíduos, fornecendo meios para se refletir e avaliar o que tem mudado nas instituições sociais (Deneulin & McGregor, 2010). Assim, uma solução para isso reflete-se no estudo proposto por Sacchetto et al., (2015) ao criar uma medida que avalia as capacidades, com base numa abordagem colaborativa entre investigadores e utilizadores de serviços de saúde mental comunitária. Para Ochoka, Janzen, & Nelson (2002), esta colaboração não ocorre mais vezes devido a uma resistência por parte dos

técnicos, que receiam perder o controle que sempre lhes foi dado, deixando de ser vistos como especialistas na sua área (Sacchetto et al., 2015).

Para além desta inovação, a criação de um sistema de capacidades orientadas é fundamental para o acesso de pessoas com problemáticas de saúde mental a apoios que lhes possibilitem ter uma maior qualidade de vida, envolvendo o bem-estar social e pessoal. Desta forma, a estas pessoas, apesar de terem um problema de saúde mental, não lhes é impedido de terem uma vida digna e com qualidade como qualquer outra pessoa. Estes apoios centram-se na diminuição das dificuldades que lhes colocam em desigualdade perante qualquer outra pessoa da comunidade em geral, e desenvolve a promoção da liberdade de escolha, por exemplo das atividades que o indivíduo deseja realizar (Davidson et al., 2009).

No que diz respeito à qualidade de vida, autores como Sen e Nussbaum afirmam que este fator tem de ser medido com métodos objetivos, tendo em conta aspetos como a saúde, a educação e o direito ao voto (Deneulin & McGregor, 2010). Sen defende que a avaliação do bem-estar deve ter em conta a avaliação das capacidades (Simon et al., 2013), logo os serviços de ordem comunitária têm o dever de estimular a participação dos sujeitos com experiência de doença mental nos diversos contextos comunitários, e não desenvolver um trabalho de forma isolada (Ornelas, Aguiar, Sacchetto, & Jorge-Monteiro, 2012).

Sen (1992) considera que é essencial haver igualdade, no que diz respeito à liberdade dada a cada pessoa, no entanto, é necessário ter em conta que cada indivíduo é um ser único, e por isso são exigidos apoios diferentes para cada pessoa consoante a sua situação. Neste sentido, o que se pretende é que haja uma igualdade na liberdade dada, mesmo tendo a noção da desigualdade dos apoios necessários, como é o caso das pessoas com experiência de doença mental que necessitam de um suporte diferente para conseguirem atingir os seus planos de vida (Shinn, 2014; 2015). É por este motivo que a grande relevância da abordagem das capacidades encontra-se no desempenho de comportamentos e papéis que as pessoas conseguem realizar, a partir da liberdade que lhes é dada (Shinn, 2015). Assim sendo, tendo em conta a mudança transformativa defendida por Kloos, Ornelas, & Nelson (2014), o que deve ser feito é algo que tenha como consequência a diminuição do preconceito, levando isso a um aumento da capacidade Afiliação, que envolve o respeito por si próprio em detrimento da humilhação.

Por vezes, verifica-se ser uma grande preocupação o facto de certas pessoas não conseguirem ter qualidade de vida devido à dificuldade de atingirem certos objetivos que lhes seriam essenciais. É por este motivo que a abordagem das capacidades tem também em conta a falta de recursos e as limitações colocadas aos indivíduos, como por exemplo uma deficiência ou algum tipo de discriminação, impedindo-os de atingir o seu próprio bem-estar (Hick, 2012). Talvez por isso, a abordagem das capacidades ainda é vista como um pouco incompleta, uma vez que depois de se conseguir estabelecer uma lista de recursos, deve-se refletir sobre estratégias para adquiri-los e avaliá-los (Hopper, 2007).

A verdade é que, para algumas pessoas a abordagem das capacidades encontra-se suficientemente completa, no entanto, para indivíduos com problemas de saúde mental está incompleta, uma vez que é necessário adquirir mais recursos para o desenvolvimento das capacidades. Isto acontece porque o objetivo é envolver na abordagem aquilo que é mesmo importante para as pessoas, sendo que para tal é necessário ter a noção da perspetiva das pessoas que se encontram excluídas. Para isso, torna-se fundamental a criação de um instrumento que nos dê esse tipo de informação. Neste sentido, e uma vez que os indivíduos com experiência de doença mental encontram-se grande parte dos seus dias envolvidos em programas de saúde mental, torna-se relevante avaliar estes programas e as suas intervenções (Hopper, 2007), tal como é proposto por Sacchetto et al., (2015).

2.2.As Capacidades na Saúde Mental

A abordagem das capacidades é referida como algo de extrema importância para Davidson et al. (2009), pois os mesmos defendem que para conseguir uma boa aceitação da doença e para adquirir uma boa capacidade de *recovery*, é essencial as pessoas com problemáticas de saúde mental desempenharem um papel ativo na comunidade, de modo a compreenderem os seus próprios limites, ou seja, até onde as suas capacidades permitem que tenham uma vida satisfatória. Assim, o objetivo da abordagem das capacidades encontra-se no aumento das oportunidades dadas a estas pessoas, para que consigam ser proprietárias de uma vida com planos futuros e com as qualidades necessárias. Neste sentido, pretende-se que a problemática de saúde mental não seja um impedimento para a integração na comunidade, nem para a obtenção de uma vida em que o sujeito se sinta totalmente satisfeito apesar da sua doença, tendo em conta a sua

liberdade de escolha, ou seja, o importante é que o indivíduo consiga, tal como Nussbaum refere: “*a life worth life*” (Nussbaum, 2011 cit. por Shinn, 2015, p.247).

Para que haja a compreensão da possibilidade de qualidade de vida nos indivíduos, é essencial ter sempre em conta o trabalho conjunto das capacidades individuais e a integração comunitária, visto que isso é algo que promove a importância da abordagem das capacidades. No entanto, ao longo do desenvolvimento das capacidades existem sempre obstáculos, e por isso a falha e a regressão fazem parte do processo. Por este motivo, um método de tentativa e erro é essencial para o aumento da qualidade de vida em indivíduos com problemáticas de saúde mental. Logo, é importante que haja a presença constante de uma inter-relação entre integração comunitária, as capacidades e a qualidade de vida (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2008).

Ao estudar-se a problemática da saúde mental, concluiu-se que não existe uma relação significativa da qualidade de vida com a idade, ou até mesmo com o diagnóstico psiquiátrico do doente. Pelo contrário, as competências que se encontram com uma melhor correlação com a qualidade de vida são as que envolvem as atividades diárias e uma menor privação do sono. Ainda assim, embora não se note uma associação tão significativa, ter uma habitação com condições e conseguir aproveitar o amor e apoio de familiares e amigos também se relaciona com o aumento da qualidade de vida (Simon et al., 2013).

No que diz respeito ao campo da idade, os indivíduos mais novos revelam ser os que se encontram mais dispostos a recorrer aos serviços de saúde mental, bem como a profissionais desta mesma área. No entanto, são as pessoas mais velhas que, depois de recorrerem a esses serviços, se encontram mais satisfeitas com o apoio prestado e melhor compreendem a sua utilidade (Ford, Bryant, & Kim, 2013). Desta forma, a idade mostra ser um critério importante para se conseguir apresentar uma melhoria em certos tipos de capacidades. Isto é, Quanto maior for a idade dos indivíduos, maior é a facilidade de alcançar as capacidades de segurança, facilitando a sua proteção, por exemplo, de possíveis assaltos. No entanto, pelo contrário, as capacidades que envolvem a influência nas decisões locais tendem a diminuir à medida que idade avança (Simon et al., 2013).

Para além disso, é necessário, também, analisar cada caso específico, tendo em conta como cada indivíduo reflete sobre a sua vivência das diferentes capacidades. De acordo com a New York State Office of Mental Health (2006), a integridade física é

uma capacidade que se encontra, muitas vezes, deficitária nas pessoas com problemas de saúde mental, levando isso conseqüentemente, em muitos casos, ao internamento ou medicação forçada, mesmo contra a vontade dos próprios (Shinn, 2014).

Por este motivo, a abordagem das capacidades contribui indiretamente para a defesa de uma maior e melhor oferta de tratamentos adequados para as pessoas com experiência de doença mental e para os seus cuidadores (Gandjour, 2008). Isto significa que, se os sujeitos perceberem que ao terem um ponto de vista positivo sobre a sua doença, tendo em conta os sintomas, medicamentos, possibilidades de recaída e depressão, torna-se mais fácil alcançar os seus próprios objetivos de vida, que podem envolver o emprego e as atividades comunitárias (Bond, Salyers, Rollins, Rapp & Zipple, 2004).

É neste sentido que, as organizações de saúde mental baseiam-se no modelo de prestação de serviço em que o utilizador, ao beneficiar dos tratamentos adequados à sua situação, pode ter acesso a uma vida diária dentro dos padrões considerados normais para qualquer indivíduo (Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961 cit. por Davidson et al., 2009). Isto acontece porque implica uma redução dos sintomas, o que pode significar uma melhoria da doença, levando, deste modo, à participação assídua na comunidade (Davidson et al., 2009).

Os serviços de saúde mental têm o dever de melhorar a integração na comunidade das pessoas com experiência de doença mental, fazendo com que seja possível a sua participação em todos os eventos que decorrem para toda a população (Yanos, Barrow, & Tsemberis, 2004), sendo de evidenciar que esta preocupação tem vindo a aumentar (Simon et al., 2013). Uma forma de isto ser colocado em prática é através da inclusão dos utilizadores na própria evolução do serviço (Chamberlin, 2005 cit. por Sacchetto et al., 2015; Springett & Wallerstein, 2008 cit. por Sacchetto et al., 2015). No entanto, assume-se que existem ainda alguns obstáculos na integração destas pessoas, sendo que um dos principais é o facto de alguns serviços terem em conta apenas os sintomas e problemas dos indivíduos, sem os verem como pessoas únicas, completas e com necessidades de reabilitação (Evans & Repper, 2000; Bond, et al., 2004), e esquecendo que a relação interindividual é essencial para a integração comunitária (Towley, Miller & Kloos, 2013). O que importa salientar aqui é que, tal como defendem Davidson, Stayner, Nickou, Styron, Rowe & Chinman (2001), o principal objetivo é que seja dada a liberdade necessária para as pessoas com experiência de doença mental conseguirem

ter uma vida com as mesmas condições que qualquer outro adulto, significando isto que elas podem e devem viver de um modo independente, ter acesso à educação e mercado de trabalho, e relacionar-se com as outras pessoas.

É considerado que em certos serviços de saúde mental, as pessoas com experiência de doença mental são convencidas de que elas não têm capacidade para planejar e decidir a sua própria vida (Kloos, Ornelas, & Nelson, 2014). Contudo, é importante referir que pessoas com experiência de doença mental que tenham uma boa capacidade de Razão Prática conseguem controlar a sua própria vida, no sentido em que planeiam os seus próprios objetivos (Shinn, 2014). Contrariamente a estes pressupostos, existem associações, como a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS), que provam o contrário, tal como apresentam Ornelas, Duarte e Jorge-Monteiro (2014) que com o objetivo de resolver alguns problemas de saúde mental e tendo em conta a opinião dos seus utilizadores, esta associação tem desenvolvido programas que apoiam a saúde física e mental, com o intuito de inserir pessoas com experiência de doença mental na comunidade.

Segundo o Departamento de Saúde (2009; 2011), as pessoas com experiência de doença mental, por vezes, são obrigadas a ultrapassar grandes desafios na comunidade devido ao preconceito demonstrado pela restante população, bem como a pouca liberdade de escolha que lhes é dada, fazendo com que estes indivíduos se encontrem limitados no seu papel social (Simon et al., 2013). Tendo em conta as dificuldades que estes sujeitos encontram, pode-se destacar o preconceito (Hopper, 2007; Corrigan, 2008 cit. por Mora-Ríos & Bautista, 2014) que pode, conseqüentemente, levar à discriminação, que por sua vez, origina sentimentos de culpabilização, vergonha e humilhação (Corrigan, 2008 cit. por Mora-Ríos & Bautista, 2014).

Neste sentido, foi verificado, a partir de um estudo de Mora-Ríos e Bautista (2014), que 91% da população com problemas de saúde mental sente a grande presença de discriminação, sendo que 88% destes indivíduos referem já ter sofrido diretamente desta mesma discriminação devido à sua doença. A discriminação destas pessoas pode ser feita em vários moldes, mas as mais frequentes são através de julgamentos, acusações e até mesmo o uso de nomes pejorativos. Para além disso, existe quem relate a existência de abusos sexuais que acabam por torna-las ainda mais vulneráveis.

No que diz respeito ao sexo, indivíduos do sexo feminino demonstram mais dificuldades na maioria das capacidades do que o sexo masculino, como por exemplo,

nas capacidades que podem gerar uma maior probabilidade de estarem envolvidas em situações de perigo, devido a apresentarem uma maior dificuldade em sentirem-se seguras. No entanto, existem capacidades em que é o sexo masculino que considera mais difíceis de alcançar, nomeadamente no que diz respeito à habitação, a atividades do seu interesse, influência nas decisões locais, e em sentir o amor das pessoas que lhes são mais próximas (Simon et al., 2013). Por outro lado, no que concerne aos transtornos mentais, também se verifica uma diferença entre os sexos, pois é mais comum no sexo feminino casos como a depressão e ansiedade, e no sexo masculino o consumo de substâncias aditivas como álcool e drogas (Mora-Ríos & Bautista, 2014).

Outro aspeto importante a ter em conta na rotina de pessoas com experiência de doença mental é a atividade sexual. Os profissionais deste meio referem que muitos dos indivíduos com problemas de saúde mental acabam por não ter qualquer tipo de vida sexual, uma vez que não lhes é dada privacidade nem liberdade para este fim. No entanto, já existe uma certa preocupação com estas questões, como é o caso do *Pathways to Housing Program*, que considera que pessoas com experiência de doença mental também têm desejos e necessidades sexuais. Por este motivo foram colocados preservativos de acesso fácil nas suas residências, para que os indivíduos tenham a oportunidade de se proteger contra doenças sexualmente transmissíveis e/ou uma gravidez não desejada (Sikkema et al., 2007 cit. por Shinn, 2014; Shinn, 2015).

No que concerne à habitação, quando os indivíduos com problemas de saúde mental têm uma casa é frequente que os seus rendimentos sejam em grande parte utilizados para este fim, sobrando pouco para as suas restantes necessidades (Shinn, 2014). É por este motivo que é defendido que a qualidade de vida e a pobreza não devem ser medidas pelo valor da renda das habitações dos indivíduos, pois deve-se ter sempre em conta os custos adicionais que cada sujeito tem, de acordo com as suas necessidades pessoais, não esquecendo que as suas doenças também acabam por necessitar de recursos com custos económicos elevados (Buchardt, 2004). Por este motivo, Burt et al. (1999) referem que é muito comum encontrar pessoas com experiência de doença mental na situação de sem-abrigo (Shinn, 2014).

Para tentar combater estas condições o *Pathways to Housing Program*, e mais tarde o programa *Housing First* que foi implementado pela AEIPS em Lisboa, foram responsáveis pela criação de um projeto de grande importância, onde os sem-abrigos com experiência de doença mental tiveram a oportunidade de ter uma casa (Shinn,

2014) sem requisitos prévios obrigatórios, tais como a abstinência do consumo ou integração em algum tipo de tratamento (Aubrey et al., 2015 cit. por Shinn, 2015; Tsemberis et al., 2004 cit. por Shinn, 2015), ao contrário de muitos outros programas de apoio à habitação para sem-abrigos (Susser & Roche, 1996 cit. por Shinn, 2015). Assim, verificou-se que estes programas, devido às suas ideias inovadoras, permitem o aumento acelerado do grau das capacidades, bem como o usufruto dos seus direitos como inquilinos, para além de lhes ser depositada um grau de confiança de que, a partir daquela mudança de vida, aquelas pessoas com experiência de doença mental conseguirão estabelecer os seus próprios objetivos para o futuro (Shinn, 2015).

Seguindo este mesmo contexto, relativamente a casos de paternidade, os pais com problemas de saúde mental, muitas vezes, sente-se obrigados a viver com a possibilidade de perderem a custódia dos seus filhos, devido a uma vida financeira muito pouco estável, o que faz com que, por vezes, uma das consequências seja a desagregação familiar (Nicholson, 2014). No entanto, o desconforto deve ser considerado uma vez que sabe-se que o ambiente habitacional da pessoa com experiência de doença mental torna-se fulcral para o seu desenvolvimento pessoal e atenuação de algumas características da doença. Isto porque, se os vizinhos forem compreensivos e se o bairro tiver os recursos necessários, tais como serviços diversificados de comércio e transportes, pode ser facilitado o processo de *recovery* (Kloos & Shah, 2009). Pode-se referir ainda que, tendo em conta a liberdade de escolha, é notado que as habitações independentes são as que mais agradam as pessoas com problemas de saúde mental (Yanos et al., 2004). Para além de todos estes motivos extremamente positivos para o aumento do desejo de possuir uma habitação, ainda fortalece esta necessidade, o facto de o grupo dos sem-abrigos ser, por natureza, um grupo marginalizado (Shinn, 2007 cit. por Shinn, 2015), não só mas também, devido a estas pessoas, na sua maioria, serem pessoas com problemáticas de saúde mental e dependentes de algumas substâncias (Burt et al., 1999 cit. por Sacchetto, 2015; Philippot et al., 2007 cit. por Shinn, 2015).

Com tudo isto, pode-se confirmar a importância de toda a vida em comunidade, que deve envolver um sentimento de pertença, tolerância e aceitação. No entanto, para além destes sentimentos que são essenciais, também é importante que cada um reflita a sensação de segurança no local onde vive (Kloos & Shah, 2009). Além disso, pode-se ter presente a ideia de que todas as capacidades acabam por se relacionar com um

trabalho conjunto para o desenvolvimento da integração familiar, educacional e comunitária, para além do aumento das condutas sociais positivas (Shinn, 2015), sendo que isso é possível a partir do apoio da comunidade (Townley et al., 2013). Neste sentido, segue-se uma explicação de cada uma das capacidades, de acordo com uma perspetiva da saúde mental, de modo a que seja possível compreender em que medida as diferentes capacidades são essenciais e podem ser desenvolvidas em cada pessoa com experiência de doença mental.

- **Capacidade Vida**

A capacidade Vida considera que a pessoa é capaz de viver dentro dos parâmetros da normalidade e por um longo período de tempo. No entanto, verifica-se que os grupos minoritários apresentam valores na esperança média de vida um pouco inferiores à restante população (Shinn, 2015). Este é o caso, por exemplo, das pessoas com experiência de sem-abrigo que representam uma taxa de mortalidade entre três a seis vezes superior à da restante comunidade (Hwang et al., 1998 cit. por Shinn, 2015), ou das pessoas com experiência de doença mental (Simon et al., 2013).

No caso das pessoas com problemáticas de saúde mental, é possível que estes resultados possam ocorrer devido a efeitos dos tratamentos psiquiátricos que os indivíduos são sujeitos, bem como à pobreza que lhes é inerente. A utilização de drogas psicotrópicas acaba por levar a um aumento de doenças cardiovasculares, doenças cerebrais e diabetes tipo 2 (Newcomer, 2007 cit. por Shinn, 2014).

A verdade é que nos países de baixo e médio desenvolvimento, grande parte dos indivíduos com experiência de doença mental ainda não consegue ter acesso ao seu diagnóstico de saúde mental, e por isso acabam por não ter acesso, também, aos tratamentos e cuidados mais adequados (Minas, 2012). Na perspetiva de autores como Barth e Nussbaum, o tratamento, por vezes, pode diminuir a liberdade de escolha do indivíduo, visto que este pode perder a capacidade de conseguir tomar as suas próprias decisões devido a um funcionamento deficitário da parte cognitiva, emocional e social, que ocorrem como consequência do tratamento. Contudo, este tratamento pode proporcionar a diminuição de sintomas como as alucinações, que com a presença dos mesmos não seria permitido ao indivíduo ter um pensamento coerente para conseguir participar nas diferentes atividades sociais (Thompson, 2013).

- **Capacidade Saúde Física**

A segunda capacidade da lista de capacidades centrais de Nussbaum (2000) é a capacidade Saúde Física que, para ser considerada com um nível mínimo, deve envolver uma alimentação saudável e um ambiente físico apropriado onde a pessoa possa viver (Shinn, 2015). Esta é uma capacidade que acaba por afetar as oportunidades de escolha da própria pessoa que envolvem, para além da alimentação e ambiente envolvente, a educação e rendimentos. Isto faz com esta capacidade encontre-se relacionada com outras capacidades (Simon et al., 2013), nomeadamente com a capacidade Integridade Física, uma vez que ambas envolvem uma sensação de segurança física e psicológica (Shinn, 2015). Para além disso, esta capacidade pode ser vista como um fim mas também como um meio, ou seja, conseguir estar em boa forma física e ser considerado saudável é um objetivo a atingir, no entanto, o facto de a pessoa estar saudável também é necessário para que consiga adquirir as competências necessárias para conseguir trabalhar (Robeyns, 2005).

- **Capacidade Integridade Física**

Em terceiro lugar no referencial teórico de Nussbaum (2000) é descrita a capacidade Integridade Física, que é a capacidade em que a pessoa deve ter a liberdade suficiente para se conseguir deslocar, deve sentir-se segura contra comportamentos marginais, e deve sentir que tem poder de escolha sobre as suas opções reprodutivas e satisfação sexual (Shinn, 2015).

Para além disso, o facto de uma pessoa ter uma casa para viver é muito importante para alcançar a capacidade Integridade Física, uma vez que, de acordo com a The Nacional Coalition for the Homeless (2014), é elevado o índice de mortalidade de pessoas que vivem na rua (Shinn, 2015). No entanto, é necessário ter em atenção o tipo de casa a que as pessoas se sujeitam, visto que podem implicar algumas regras demasiado rígidas a que as pessoas com experiência de doença mental têm de se sujeitar. Este é o caso de alguns programas de alojamento que apresentam várias regras (por exemplo: hora do recolher) e alguma falta de privacidade (necessidade de dividir o quarto, por vezes, com pessoas que não foram escolhidas por si) (Shinn, 2015).

Pelo contrário, no *Pathways to Housing Program* as pessoas têm liberdade de escolha e há uma preocupação com a sua saúde sexual, visto que são oferecidos preservativos a quem assim o necessitar. Talvez por estes motivos, as pessoas

envolvidas neste programa, ao serem avaliadas, apresentam mais oportunidades de escolha do que as pessoas de outros programas com mais restrições (Shinn, 2015).

- **Capacidade Sentido, Imaginação e Pensamento**

A Capacidade Sentido, Imaginação e Pensamento representa as competências que a pessoa tem para conseguir reagir a diferentes tipos de situações, ser criativa e pensar. A pessoa deve ser capaz de transmitir a sua opinião perante as diversas ocasiões, incluindo as suas próprias escolhas religiosas. É por isso que esta capacidade é essencial para que a pessoa consiga criar o seu próprio plano de atividades, com base nas suas convicções (Shinn, 2015). No entanto, algo que pode prejudicar esta capacidade é a discriminação e situações de exclusão que o grupo com experiência de doença mental, muitas vezes, não consegue evitar (Hopper, 2007). Esta capacidade quando observada em conjunto com a capacidade Emoções, pode-se verificar que ambas apresentam algo em comum, visto que juntas contribuem para o desenvolvimento de novas competências (Shinn, 2015).

- **Capacidade Emoções**

Esta capacidade, designada por Emoções, envolve a necessidade de uma apetência para emocionar-se nas diferentes situações que possam estar envolvidos, tendo em conta o relacionamento com as outras pessoas. O envolvimento das emoções nas atividades da comunidade permite que as capacidades se desenvolvam a partir do afeto transmitido pelas pessoas com quem constroem relações de suporte. Isto significa que esta capacidade, tal como a capacidade Afiliação, encontra-se extremamente relacionada com as relações de suporte (Shinn, 2015).

- **Capacidade Razão Prática**

A capacidade Razão Prática implica que a pessoa tenha uma competência para a construção de reflexões críticas e seja capaz de conseguir estabelecer os seus próprios objetivos e planos de vida. Para além disso, é importante que o sujeito também consiga realizar o que lhe compete enquanto membro da comunidade, tendo em conta a sua função social (Shinn, 2015). A pessoa que tem este tipo de capacidade é reconhecida como tendo oportunidades de escolha sobre tudo o que lhe diz respeito, nomeadamente se deve ou não lutar pela concretização dos objetivos que impôs para si própria. O que

isto significa é que, as pessoas devem ter a noção de que, por vezes, apenas a partir da diminuição de um bem-estar presente é que é possível atingir outros objetivos futuros, que a própria pessoa pode considerar mais importantes (Sen, 1999 cit. por Shinn, 2015).

- **Capacidade Afiliação**

A capacidade Afiliação encontra-se dividida em duas partes, em que a primeira corresponde às convivências na base do respeito, implicando, assim, que as pessoas tenham relações afetivas de apoio. A segunda parte desta mesma capacidade Afiliação exige que a pessoa seja portadora de condutas sociais que englobam o autorrespeito e a não-humilhação, permitindo o aumento do sentimento de pertença à comunidade. Isto significa que toda a capacidade em si acaba por implicar que as pessoas tenham relações de suporte (Shinn, 2015), para além de se salientar que esta capacidade apresenta uma certa relação com a capacidade Razão Prática, uma vez que ambas, acabam por envolver, de uma certa forma, todas as restantes capacidades (Nussbaum, 2000).

A segunda parte da Afiliação é a que gera mais discussão uma vez que se verifica que, esta metade da capacidade é, muitas vezes, evitada pelas pessoas da comunidade em geral que ainda apresentam uma tendência para a discriminação de pessoas com algum tipo de fragilidade, como é o caso dos sem-abrigo e das pessoas com problemáticas de saúde mental (Phelan et al., 1997 cit. por Shinn, 2015).

- **Capacidade Outras Espécies**

Esta capacidade, que tem em conta as Outras Espécies de seres vivos, defende que a pessoa que conseguir atingi-la deve apresentar uma relação com outros seres vivos, como animais e plantas. No entanto, é importante ter em conta que esta capacidade, tal como todas as outras e toda a abordagem, não exclui a oportunidade de escolha. Logo, o que o importa aqui não é o facto de a pessoa necessitar de um animal ou planta para conseguir ter esta capacidade. O que faz a pessoa viver uma vida plena é poder escolher se quer ou não, cuidar de um animal ou de uma planta (Shinn, 2015).

- **Capacidade Tempo Livre**

Esta capacidade implica que a pessoa consiga divertir-se e aproveitar diferentes atividades recreativas (Simon et al., 2013). No entanto, o que acontece muitas vezes é que as pessoas não conseguem ter as oportunidades necessárias para se conseguirem distrair e estimular as suas competências cognitivas e criativas, sendo que isso é essencial para o aumento do bem-estar. Mesmo assim, o mais importante continua a ser a escolha de cada um, visto que a pessoa pode ter a oportunidade de participar em atividades recreativas e, contudo, preferir outro tipo de ocupação (Nussbaum, 2000).

- **Capacidade Controlo do Próprio Ambiente**

A capacidade de Controlo do Próprio Ambiente é também dividida em duas partes, tal como a Afiliação. A primeira parte diz respeito ao Controlo Político em que a pessoa que possui este tipo de controlo é uma pessoa que tem por hábito envolver-se ativamente nas escolhas políticas que estão inerentes à sua própria vida, de acordo com a sua liberdade de escolha. Nesse caso, a liberdade de ter uma opinião política e tomar as suas próprias decisões é um direito individual de cada pessoa. Por outro lado, a segunda parte corresponde ao Controlo Material, que representa o direito da pessoa ter a sua própria habitação (Shinn, 2015). No entanto, este é um aspeto que, muitas vezes, acaba por ser dificultado às pessoas com experiência de doença mental (Social Security Administration, 2014 cit. por Shinn, 2015).

Com o intuito de apresentar o conteúdo teórico revelado anteriormente de um modo mais compreensível, tendo em conta as principais diferenças e semelhanças entre cada uma das capacidades, estas encontram-se ilustradas na Tabela 1 que representa um resumo das características das capacidades. Esta tabela trata-se de uma tradução da tabela original de Sacchetto et al. (2015), de modo a esclarecer a presença da relação entre a saúde mental e as capacidades, evidenciando a importância de se recorrer à abordagem das capacidades para que seja facilitado o aumento da integração das pessoas com experiência de doença mental, na comunidade em geral.

Capacidades*	Definição
1. Vida	Ter esperança de viver uma vida com a duração normal; apresentar boas condições de vida.
2. Saúde (Física e Mental)	Ter consciência da sua condição física e mental; recorrer a exames médicos quando necessário, de um modo autónomo, e gerir os seus próprios cuidados de saúde, incluindo a medicação; ser ativo no seu processo de <i>recovery</i> ; ter uma dieta saudável e equilibrada; não apresentar comportamentos de risco.
3. Integridade Física	Não ter receio de ser vítima de violência ou abuso sexual; sentir-se seguro nos espaços e transportes públicos; sentir-se seguro em casa; sentir-se livre para viver a sua sexualidade.
4. Sentido, Imaginação e Pensamento	Utilizar os seus sentidos, imaginação, e pensamentos de forma construtiva e produtiva para a sua vida; aumentar a sua educação; desenvolver a sua capacidade intelectual; estar informado e ser criativo; cultivar os seus interesses.
5. Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas	Ter autoconfiança e autoestima; ser empático e otimista; ter esperança sobre o futuro; melhorar o relacionamento com a família e amigos; ser autónomo em relação aos serviços de saúde mental.
6. Razão Prática, Reflexão Crítica	Refletir criticamente sobre situações de vida; ser capaz de tomar decisões e procurar soluções e recursos para alcançar objetivos pessoais; ser independente nas tarefas diárias; fazer planos para o futuro; tomar decisões revelando poder sobre a sua vida; ter mais autonomia na gestão da medicação.

7. Afiliação, Interações Sociais Comunitárias	Ter respeito e consideração por si próprio e pelos outros; Não discriminar e não estigmatizar, de forma a desenvolver e melhorar as relações sociais e comunitárias; conhecer outras pessoas sem experiência de doença mental e estabelecer relações com elas; ter sentimentos de pertença à comunidade.
8. Outras Espécies	Respeitar e desfrutar do ambiente natural; cuidar de outras espécies.
9. Tempo Livre e Lazer	Divertir-se com colegas e amigos; desfrutar de atividades recreativas.
10. Controlo do próprio ambiente – material, recursos, político e cívico.	Ter controlo sobre os seus próprios recursos; desfrutar de igualdade de oportunidades e direitos nas áreas da educação, habitação, e emprego (ter oportunidades de emprego no mercado de trabalho competitivo); exercer direitos cívicos e políticos; executar um cargo organizacional (nos serviços de saúde mental); participar nas questões relacionadas com a política de saúde mental; ser um cidadão ativo.

* As diferenças (acréscimos ou alterações) da lista das capacidades original de Nussbaum estão a negrito no texto.

Tabela 1 – Lista de Capacidades de Sacchetto et al., 2015

Nesta Tabela 1, as dez capacidades encontram-se descritas, de um modo esquemático, para que seja possível compreender as semelhanças e principais diferenças entre cada uma, tendo em conta o contexto da saúde mental comunitária. Para além disso, deve ser esclarecido que esta lista de capacidades é uma adaptação da lista de Nussbaum às necessidades da população com experiência de doença mental portuguesa, uma vez que foi construída com base nas sugestões e críticas pessoais de uma equipa de investigação, onde participavam alguns utilizadores de serviços de saúde mental

comunitária. Isto permitiu que os próprios, sugerissem alterações que se adaptassem às suas próprias necessidades (Sacchetto et al., 2015).

2.3.A Educação e o Emprego na Saúde Mental

A melhoria das problemáticas de saúde mental passam pelo apoio dos serviços de saúde mental comunitária, que são responsáveis por mudanças de mentalidades que podem ocorrer a partir de apoios nas áreas da educação, emprego, e criação de grupos de autoajuda ou grupos de diminuição do consumo. Estes apoios permitem que o processo de *recovery* seja facilitado, bem como o próprio desenvolvimento humano. Isto significa que, para além de haver uma preocupação com a doença mental, tem existido, também, uma preocupação com a integração na comunidade (Davidson et al., 2009; Thompson, 2013). Isto faz sentido na medida em que, a psicologia comunitária concorda que as pessoas, grande parte das suas vidas, estão envolvidas nos contextos da comunidade através da participação em ambientes sociais, como a escola, o bairro, a igreja ou os serviços de saúde mental, por exemplo (Shinn, 2015). Assim, é importante salientar que a melhor forma de os indivíduos alcançarem um processo de *recovery* mais adequado é sentirem que têm sucesso ao cumprirem os seus objetivos, com base nas suas oportunidades de escolha (Nicholson, 2014) e na integração na comunidade. Por isso, Hopper (2007) acha pertinente deixar claro que pessoas com problemáticas de saúde mental são capazes de trabalhar juntas num projeto comum, fazendo com o que o seu processo de *recovery* decorra de um modo mais favorável. Assim, o importante não é cumprir as expectativas do que as outras pessoas acham que eles conseguem fazer, mas sim fazer o que elas próprias sentem que são capazes, desenvolvendo cada vez mais as suas capacidades.

No que diz respeito ao campo da educação, os serviços de educação apoiada, para além dos apoios essenciais, necessitam de estar integrados em programas que permitam aos sujeitos atingir os seus próprios objetivos a nível de habilitações literárias (Mueser & Cook, 2012). A verdade é que, tem-se notado um aumento da prevalência de estudantes universitários com problemáticas de saúde mental, sendo que é essencial haver um apoio adequado a estes alunos para que o seu rendimento seja positivo. No entanto, um dos maiores desafios encontrados na prática educacional para pessoas com experiência de doença mental tem sido as dificuldades de aprendizagem, sendo que isso

é um motivo para que sejam implementadas novas estratégias de suporte aos alunos como, por exemplo, a criação de equipas de apoio. Assim, para uma maior eficácia deste apoio é importante que estas equipas tenham algum treino sobre as situações de problemáticas da saúde mental (McAllister et al., 2014).

Não se deve deixar de ter em conta que as capacidades envolvem as oportunidades e liberdades de escolha, que são, na realidade, oferecidas a cada indivíduo. Isto significa que cada um possui funcionamentos, que correspondem ao que, na verdade, conseguem fazer (Sen, 1999 cit. por Shinn, 2015; Pfister, 2012; Robeyns, 2005). Neste sentido, a abordagem das capacidades tem revelado uma preocupação com os funcionamentos das capacidades que englobam o ato de colocar em prática, neste caso, as atividades de leitura e escrita, uma boa saúde física, e uma capacidade emocional satisfatória, isto é, desenvolver situações que levem à felicidade dos indivíduos, e funções sociais adequadas, incentivando a integração comunitária. Desta forma, é essencial dar a devida importância a estes funcionamentos, para que seja possível uma melhor aprendizagem. Quando há a oportunidade de satisfazer todas estas funções, tendo em conta a capacidade individual de cada um moderar estes funcionamentos do modo que acha mais adequado, torna-se possível o sentimento de bem-estar (Lozano, Boni, Peris, & Hueso, 2012). No entanto, de acordo com a abordagem das capacidades, se os recursos dados a cada indivíduo forem os mesmos, isto não significa que cada pessoa consiga obter as mesmas oportunidades para adquirir a liberdade de escolha necessária, o bem-estar e a capacidade de agir. Por este motivo, torna-se complicado declarar igualdade em todos os membros da comunidade, visto que cada pessoa apresenta as suas próprias com necessidades (Bussi, 2014).

É neste sentido que, para além dos funcionamentos, deve-se ter em conta a importância da capacidade de agir, que corresponde à aptidão do indivíduo para lutar por aquilo em que acredita e pelos seus objetivos. Esta capacidade implica que os sujeitos consigam ser os próprios a conduzir a sua vida, tendo o poder de tomar as decisões que envolvem tudo o que lhes diz respeito. Uma das formas de adquirir esta capacidade é através da educação, uma vez que é a educação que permite que os indivíduos adquiram as ferramentas necessárias para assumirem as suas próprias decisões e opiniões, para refletirem acerca da comunidade que os rodeia e o que poderia ser alterado na sua opinião, e para lutarem pelas mudanças em que realmente acreditam. Assim, é evidente que quanto mais a educação estiver presente na vida dos indivíduos,

maior é a probabilidade destes aumentarem as suas capacidades e tomarem poder sobre a sua própria vida (Lozano et al., 2012). Para além disso, e de acordo com Fogués (2014), quanto maior o nível de educação atingido, maior a facilidade em, posteriormente, conseguir adquirir um emprego e consequentemente aumentar o bem-estar. Isto acontece porque o aumento da escolaridade diminui a probabilidade de desemprego.

A integração completa de pessoas com experiência de doença mental na comunidade em geral pode, por vezes, ser algo complicado devido a problemas locais, organizacionais e financeiros (Swanson, Courtney, Meyer e Reeder, 2014), sendo que essa integração passa pela aquisição de um emprego e já foi referido que a pobreza, a exclusão social, o desemprego e a saúde mental são fatores que se encontram todos muito relacionados (Evans & Repper, 2000). É por este motivo que as pessoas com problemáticas de saúde mental têm uma maior dificuldade em encontrar um emprego (Evans & Repper, 2000; Nicholson, 2014; Marrone, Burns, & Taylor, 2014), o que faz com que, consequentemente, seja mais difícil para estas pessoas adquirir novas competências e ultrapassar as suas necessidades (Evans & Repper, 2000).

A verdade é que, por vezes, nas empresas ocorre uma colaboração e não uma integração mas, no entanto, tanto a colaboração como a integração acabam por ser medidas que têm o intuito de fazer com que os indivíduos com problemas de saúde mental consigam obter e manter o seu emprego com sucesso (Swanson et al., 2014). O importante é que a obtenção de um emprego corresponde a um modo que as pessoas têm de adquirir um sentimento de igualdade, de alcançar o bem-estar e de expressarem a sua liberdade de escolha (Bussi, 2014). Contudo, ainda são visíveis as dificuldades existentes dentro dos próprios serviços, que dificultam o aumento da integração profissional (Marshak, Bostik & Turton, 1990 cit. por Davidson, Stayner, Nickou, Styron, Rowe, & Chinman, 2001; Bussi, 2014; Marrone et al., 2014). É por estes motivos que se tornou relevante o trabalho de Sacchetto et al. (2015) que integra na própria equipa de investigação sobre a problemática da saúde mental, pessoas com estas mesmas problemáticas. Para além disso, esta situação também acaba por ser vantajosa para a própria equipa, e não apenas para as pessoas com experiência de doença mental que se encontram integradas no projeto, pois estas apresentam perspetivas diferentes que permitem um trabalho mais rico e mais desenvolvido.

Para que seja possível um emprego com o máximo de benefícios para todos, é necessária uma colaboração mútua entre o indivíduo com experiência de doença mental, a equipa de tratamento (Mueser & Cook, 2012; Townley et al., 2013) e os suportes sociais, que neste caso podem ser a família e os amigos (Mueser & Cook, 2012; Bussi, 2014). Foi acreditando nestes pressupostos que surgiu a luta para defender que as pessoas com experiência de doença mental conseguem adquirir e manter um emprego competitivo (Evans & Repper, 2000; Mueser & Cook, 2012), contrariando aquilo que ainda muitas pessoas da comunidade em geral acreditam, pois ainda depositam os seus estereótipos nas pessoas com problemáticas de saúde mental, achando que elas não são capazes conseguir manter um emprego (Evans & Repper, 2000).

No entanto, para as pessoas com problemáticas de saúde mental obterem um emprego têm de, muitas vezes, tornarem-se dependentes de programas de assistência governamentais (Nicholson, 2014), ou programas de emprego apoiado (Mueser & Cook, 2012). É por este motivo que já se desenvolvem preocupações nesse sentido, como é o caso de programas de reabilitação vocacional que cooperam com grupos de abuso de substâncias na doença mental, no sentido de discutir com os profissionais do emprego apoiado, as políticas e técnicas utilizadas no suporte individual e a possibilidade de os utilizadores poderem recorrer ao instituto de inclusão comunitária. O objetivo deste trabalho em equipa é permitir a integração comunitária e melhorar o apoio prestado, tendo por base medidas como a supervisão periódica do trabalho desenvolvido, auxílio dos utilizadores com estratégias de financiamento, avaliação do sucesso dos serviços prestados pelos utilizadores das organizações nos seus locais de trabalho, implementação de reuniões para auxiliar no surgimento de problemas, e valorização o esforço prestado (Marrone et al., 2014). Também é considerado que poderiam existir mais métodos para se obter resultados mais satisfatórios, nomeadamente, a organização de reuniões em que participam os profissionais das empresas e a equipa de saúde mental, com intuito de serem discutidas estratégias para o melhoramento das atividades. Estas reuniões devem ter em conta que o emprego é um ponto essencial no *recovery* dos indivíduos com problemas de saúde mental, sendo por isso que também seria uma boa opção a participação de conselheiros de reabilitação profissional (Swanson et al., 2014).

Os programas de emprego apoiado tentam que os indivíduos com experiência de doença mental sejam colocados em empregos de acordo com as suas áreas de

preferência e que este processo decorra o mais rápido possível (Evans & Repper, 2000; Bond et al., 2004). No entanto, é importante ter em conta que estas pessoas devem ser colocadas em serviços onde possam trabalhar com a restante comunidade, e não apenas, com pessoas com as mesmas problemáticas (Bond et al., 2004).

O que acontece, atualmente, com o intuito de melhorar as oportunidades de emprego para pessoas com problemáticas de saúde mental, é que por vezes, as empresas aceitam participar num processo em que admitem empregados que são utilizadores de serviços de saúde mental, disponibilizando-se para despender um financiamento e trabalho extra. Assim, esta é uma oportunidade que permite às pessoas com experiência de doença mental conseguirem modificar a sua situação profissional (Swanson et al., 2014),

Assim, uma vez que é facilitada a inserção no mercado de trabalho, é possível os serviços de saúde mental cumprirem o seu objetivo de ajudar as pessoas a autonomizarem-se e adquirirem capacidades para solucionar os seus próprios problemas que surgem dia após dia nos seus empregos, ou problemas pessoais que possam influenciar a sua prestação de serviço e/ou assiduidade. Para além disso, é possível facilitar algum apoio na gestão financeira, da habitação, do tempo, do *stress*, na resolução de problemas, e no desenvolvimento de competências (Nicholson, 2014).

Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, e Fisher (2008) conseguiram apurar, através da sua investigação, que a partir dos programas de emprego apoiado, existentes nos serviços de saúde mental, surgem resultados extremamente positivos para estes indivíduos. O que se verificou foi que no continente europeu, o empenho na luta pela integração comunitária de pessoas com problemáticas de saúde mental, tem permitido um maior sentimento de pertença à comunidade, por parte dos indivíduos com problemáticas de saúde mental, e uma capacidade de luta pelos seus direitos. Para além disso, Ornelas et al., (2010; 2014) apresentam resultados muito positivos sobre a integração profissional de pessoas com experiência de doença mental, em empregos com a restante comunidade. O que se observa é que a partir do apoio da Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AIEPS), que auxilia na aquisição de um emprego, as pessoas conseguem realizar diferentes tipos de trabalhos de acordo com as suas habilitações, sendo que por vezes ainda se sujeitam a formações adicionais que são necessárias para o emprego específico que pretendem tornar-se empregados (Shinn, 2015). É com apoios como estes que a inserção no emprego competitivo das pessoas

com problemáticas de saúde mental tem vindo a aumentar significativamente (Marrone et al., 2014).

A confirmar os resultados de Ware et al. (2008), existem, ainda, testemunhos de pessoas que aderiram a programas de emprego apoiado, que consideram-no uma mais-valia por integrar as pessoas no mercado de trabalho, uma vez que a partir do momento em que começaram a trabalhar sentiram-se mais completas, conseguindo alcançar um equilíbrio entre o emprego, o papel paternal e a doença mental. Para além disso, no caso de pessoas que lhes foram retirados os filhos, é um motivo de orgulho conseguirem recuperar a sua custódia e ter os recursos necessários para conseguirem dar aos seus filhos aquilo que eles mais necessitam (Nicholson, 2014).

De um modo geral, o emprego é uma situação que permite a aquisição de competências, como é o caso da responsabilidade que tem tendência a ser desenvolvida com maior facilidade nas pessoas com frequentam algum tipo de emprego. Esta conclusão pode ser retirada a partir das ideias de Fogués (2014) que refere a importância de acreditar que as pessoas são capazes de ter controlo sobre as suas próprias decisões e planos para o futuro. Se lhes for atribuído este comprometimento, mais facilmente os sujeitos adquirem sentimentos de responsabilidade. No entanto, quando os objetivos não conseguem ser cumpridos, pode surgir um sentimento individual de culpa devido a uma dificuldade em cumprir os objetivos planeados.

Para que tudo isto funcione com sucesso e o número de pessoas com experiência de doença mental com um emprego seja cada vez maior, alguns projetos já têm oferecido às empresas incentivos financeiros para que haja, cada vez mais, uma colaboração com esta iniciativa de empregar pessoas com problemáticas de saúde mental. Desta forma, se as estratégias mencionadas forem seguidas com rigor, uma integração funcional será possível, isto porque, mesmo que o objetivo principal seja sempre o emprego, se for conseguido com uma boa integração e colaboração, este objetivo será mais favorável para todos (Swanson et al., 2014).

3. Metodologia

A presente investigação trata-se de um estudo comparativo, visto que pretende comparar as diferenças existentes nas capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental que apresentam maiores graus de qualificação, e das que frequentam uma experiência de trabalho profissional, comparativamente com as pessoas que possuem um nível de habilitações literárias inferior e não se encontram ativas a nível profissional. Este é um estudo integrado num projeto de doutoramento subsidiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), intitulado de Validação e Adaptação Transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental, com a referência SFRH/BD/92224/2013, e orientado pelo Professor Doutor José Ornelas. Assim, tal como apresentado por Sachetto et al. (2015), o objetivo do projeto referido é o desenvolvimento de uma medida que tem em conta a prática da abordagem das capacidades, bem como a prática de uma abordagem colaborativa entre os profissionais dos serviços de saúde mental comunitária e os utilizadores dos mesmos.

Neste sentido, o objetivo da investigação da presente dissertação é, a partir da análise estatística, verificar a possibilidade de refutar as hipóteses nulas, observando se existem diferenças estatisticamente significativas nas capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental que se encontram mais integradas na comunidade, a nível educacional e profissional.

Assim, colocam-se as seguintes questões de investigação que devem ser compreendidas ao longo da análise de dados:

- Qual a relação entre a educação e as capacidades?
- Qual a relação entre o emprego e as capacidades?

3.1.Participantes

Foi realizado um estudo com 134 participantes com experiência de doença mental de diversos serviços portugueses de saúde mental comunitária. Os participantes constituem uma amostra de conveniência, uma vez que recorreu-se a utilizadores de serviços de saúde mental comunitária, para que se pudesse compreender se ocorrem alterações nas suas capacidades após a utilização dos mesmos serviços, ou seja, se os serviços contribuem para uma maior integração na comunidade. Independentemente

desta questão, não haviam restrições relativamente às questões de caracterização individual, no entanto, os utilizadores dos serviços deveriam participar de um modo voluntário após assinarem o consentimento informado (Anexo I) e autorizarem a utilização dos dados recolhidos. Para além disso, para que os utilizadores pudessem participar no estudo, teriam de preencher alguns requisitos, nomeadamente ter uma idade superior a 18 anos, possuir um diagnóstico de doença mental e frequentar um serviço de saúde mental comunitária há pelo menos dois meses.

A amostra corresponde a indivíduos com idades compreendidas entre 19 aos 77 anos, em que 60,4% são do sexo masculino e 39,6% do sexo feminino (Tabela 2).

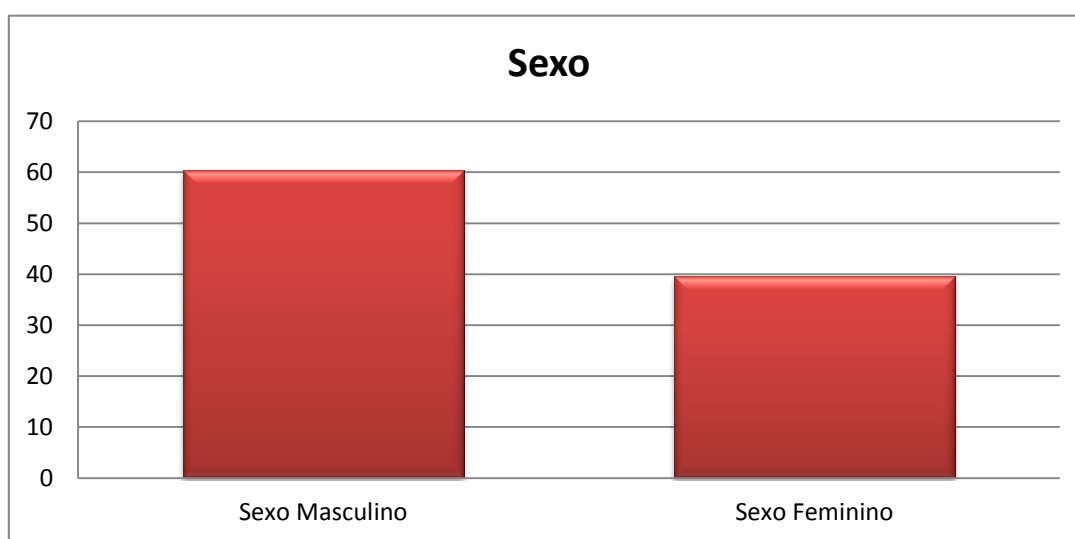


Tabela 2 – Sexo dos Participantes

3.2. Instrumento

3.2.1. Ficha de Caracterização Individual

Foi elaborada uma ficha de caracterização individual (Anexo II) pela equipa de validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental, para os futuros participantes da presente investigação. O objetivo da ficha de caracterização individual é compreender melhor os dados individuais da população que constitui a amostra, sendo que estes dados são fulcrais para verificar a situação de vida dos indivíduos no que diz respeito à educação, saúde mental, habitação e situação profissional.

A ficha de caracterização individual contém vinte e um itens reagrupados em seis categorias diferentes, nomeadamente:

- Grupo Geral – permite a inserção de dados de numeração do questionário.
- Dados do Entrevistado/a - inclui cinco itens sobre informações de caracterização sociodemográfica.
- Habitação - são abrangidos três itens sobre as situações habitacionais em que os participantes se encontram.
- Educação - é constituído por sete itens sobre a situação educacional do participante
- Percurso de Saúde Mental - envolve quatro itens relacionados com a problemática de saúde mental.
- Participação na Organização - constitui dois itens que possibilitam a percepção do tipo de atividades realizadas nas diferentes associações, compreendendo quais as mais frequentadas pelos seus utilizadores.

3.2.2. QC-SMC - Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária

O Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária – QC-SMC (Anexo III) é uma escala que foi construída com o intuito de elaborar uma medida que pudesse verificar o ganho de capacidades por parte das pessoas com experiência de doença mental, a partir da sua utilização dos serviços comunitários de saúde mental, com base no referencial teórico das capacidades de Nussbaum. Assim sendo, este questionário foi construído a partir de duas ideias que surgem como inovadoras neste campo, uma vez que foi produzido com base na abordagem das capacidades, tendo em conta as liberdades que cada utilizador possui para fazer as suas próprias escolhas no que diz respeito à sua vida pessoal, e também defende uma abordagem colaborativa onde os profissionais e os próprios utilizadores podem trabalhar em conjunto, de modo a desenvolver atividades de acordo com as suas opções (Sacchetto et al., 2015). Para além disso, a inovação e importância do questionário também são destacadas devido ao facto de os próprios utilizadores poderem expressar as suas opiniões sobre os serviços que frequentam e revelar as suas próprias experiências pessoais (Tornicroft & Tansella, 2010 cit. por Sacchetto et al., 2015).

Assim, este questionário permite que os utilizadores consigam compreender o que o campo da saúde mental pode-lhes proporcionar. Como reforço a esta ideia, a própria elaboração do Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental

Comunitária – QC-SMC contou com a participação de pessoas com experiência de doença mental, para que os próprios pudessem auxiliar com as suas opiniões e experiências, no sentido do desenvolvimento de um projeto final que pudesse medir as capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental após se terem tornado utilizadores de serviços de saúde mental comunitária. Isto significa que, com este questionário é possível avaliar o trabalho dos serviços de saúde mental comunitária, a partir da evolução das capacidades dos seus utilizadores. No entanto, este ganho de capacidades, para além de ser o resultado do esforço dos serviços de saúde mental comunitária, também pode representar uma vantagem inerente à própria pessoa, sendo que em ambos os casos, a evolução das capacidades representará uma melhoria da qualidade de vida (Sacchetto et al., 2015).

Para que a construção do questionário pudesse evoluir do modo mais adequado, foram seguidas algumas etapas que contaram sempre com a presença de três utilizadores com experiência de doença mental. No entanto, o questionário ainda não se encontra validado para a população portuguesa apesar de este procedimento se encontrar em desenvolvimento. Para além disso, sentiu-se a necessidade de reformular as dimensões que eram descritas na lista de capacidades de Nussbaum, visto que as perspetivas dos utilizadores com experiência de doença mental permitiram que se concluísse que era necessária a remodelação de algumas categorias específicas, que faziam mais sentido para os participantes se fossem adaptadas às suas próprias vivências. Neste contexto, segue a lista das dimensões reformuladas para o Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária – QC-SMC (Sacchetto et al., 2015).

1) Vida - Ter esperança de viver durante um longo período de tempo com os requisitos necessários a uma vida humana completa.

2) Saúde Física e Mental – Ter a consciência da sua saúde física e mental, e apresentar autonomia relativamente às necessidades médicas e a um estilo de vida saudável, bem como não revelar uma necessidade de ter comportamentos de risco.

3) Integridade Física – Ter sentimentos de segurança relativamente aos ambientes que o rodeiam e sentido de liberdade perante a sua sexualidade.

4) Sentido, Imaginação e Pensamento – Conseguir utilizar as suas competências inatas de um modo útil para a sua inteligência, educação, cultura geral e os seus próprios interesses.

5) Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas – Apresentar uma visão positiva perante o que o rodeia e o futuro, englobando uma boa autoestima e autoconfiança, para além de relações de suporte e uma boa autonomia.

6) Razão Prática e Reflexão Crítica – Construir uma visão crítica para conseguir definir as suas escolhas e planos de vida, para além de necessitar de revelar autonomia perante as suas necessidades médicas e a própria vida.

7) Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias – Ter sentimentos de respeito para consigo próprio e para com as outras pessoas, apresentando relações sociais que devem envolver todo o tipo de pessoas e desenvolver um sentimento de pertença à comunidade.

8) Outras Espécies – Ter respeito pela natureza e competência para cuidar de outro tipo de seres vivos.

9) Lazer e Tempo Livre – Ter oportunidades de diversão e de participação em atividades recreativas.

10) Controlo do Próprio Ambiente – Material, dos Recursos, Político e Cívico – Ter controlo sobre todo o tipo de recursos, conseguindo envolver-se na comunidade a nível educacional, habitacional e profissional, para além de fazer uso dos seus direitos cívicos, políticos e organizacionais, tornando-se assim, uma pessoa ativa na comunidade.

Tendo por base as capacidades descritas anteriormente, enquanto dimensões do Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária – QC-SMC, foram criados 98 itens do questionário com base na experiência e perspetiva dos utilizadores dos serviços de saúde mental comunitária (Sacchetto et al., 2015). Cada questão pode ser respondida de acordo com uma escala de *likert* de quatro pontos em que 1 corresponde a “Não consegui de todo” e 4 a “Consegui totalmente”, sendo que, ainda existe a opção 0 que corresponde a “Não se aplica à minha situação”.

Mais tarde, neste seguimento, serão realizadas as análises estatísticas necessárias para que a escala seja validada para a população portuguesa. Mesmo assim, continua a ser importante destacar o facto de a construção do instrumento ter a preocupação de envolver tanto a abordagem das capacidades como uma abordagem colaborativa, fazendo com que as pessoas com experiência de doença mental, participantes do estudo, compreendam como o seu trabalho é fundamental para todos, desenvolvendo isto, as suas liberdades (Sacchetto et al., 2015).

3.3.Procedimento

Inicialmente surgiu a oportunidade de colaborar com a equipa de validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades que se encontra inserida num projeto de investigação da FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia. Toda a equipa colaborou na recolha de dados para uma mesma base, sendo que posteriormente esta seria utilizada para diferentes fins estipulados para cada elemento. Assim, na equipa, foi possível a discussão dos diferentes procedimentos para que o trabalho conjunto fosse o mais vantajoso possível para os diferentes objetivos individuais.

Procedeu-se com os contactos para os diretores das diferentes associações de saúde mental comunitária de todo o país, incluindo Portugal Continental e a Região Autónoma dos Açores, de modo a requerer as autorizações necessárias para que a recolha dos questionários decorresse conforme o exigido a nível de investigação. A aplicação foi realizada no espaço físico de cada serviço, a todos os utilizadores que concordaram participar após serem informados pelos seus técnicos sobre os objetivos e importância da sua colaboração na investigação.

Posteriormente prosseguiu-se com a aplicação dos questionários nos serviços, sendo que cada aplicação decorreu numa duração de 40 a 60 minutos e foi realizada individualmente na presença de um membro da equipa de investigação. Em primeiro lugar, foi fornecido e explicado o consentimento informado com todas as informações sobre a investigação e garantia de confidencialidade e anonimato. Seguidamente, o participante, se aceitasse, assinava o consentimento informado e ficava com uma cópia do mesmo na sua posse. Havia ainda a possibilidade de esclarecimento de dúvidas antes de se iniciar a aplicação, e os utilizadores estavam conscientes que a qualquer momento poderiam abandonar a investigação ou poderiam não responder a qualquer questão que não os fizesse sentir confortáveis. Apesar disso, no consentimento informado foi fornecido um endereço de correio electrónico para o caso de surgirem dúvidas, questões ou comentários futuros.

Ao iniciar a recolha das informações, o membro da equipa era responsável por ser o próprio a preencher as questões de caracterização individual para que fosse assegurado o preenchimento correto com as informações pretendidas e com a certeza que não surgiam dúvidas ao participante na sua interpretação. Posteriormente, a aplicação do restante protocolo poderia ser realizada pelo membro da equipa ou pelo próprio participante dependendo da preferência e necessidade de cada um. Mesmo nos casos de

preenchimento autónomo, a equipa esteve sempre presente para o esclarecimento de possíveis dúvidas que surgissem durante a aplicação.

Uma vez que o protocolo aplicado era constituído por várias escalas devido à necessidade de obedecer às regras de investigação para a validação do questionário, a ordem das escalas foi alterada de participante para participante, para que se evitasse que as últimas escalas tivessem resultados menos adequados devido a um possível cansaço por parte dos participantes.

Finalmente procedeu-se com a inserção e análise de dados no programa SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* para a realização dos procedimentos estatísticos, com o intuito de comparar as variáveis e populações em estudo. O tratamento dos dados iniciou-se com análises descritivas, no que correspondia à caracterização educacional e profissional da amostra. Seguidamente verificou-se a consistência interna do Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária – QC-SMC, tendo em conta a escala em geral e as dez dimensões do questionário, de modo a compreender a fiabilidade do questionário e de cada uma das suas dimensões e a possibilidade de algum item ser eliminado, com intuito de aumentar a fiabilidade do questionário.

Posteriormente foi averiguada a distribuição normal para cada uma das dimensões a ser avaliada, uma vez que este era um dos pressupostos a ter em conta para os testes que seriam aplicados, no que diz respeito à comparação das diferentes populações. Neste sentido, com base na inferência estatística realizou-se o Teste T de *Student* para as dimensões com distribuição normal. Uma vez que a normalidade não foi verificada para todas as dimensões, nas dimensões com distribuição não normal prosseguiu-se com o teste não paramétrico *Mann-Whitney*, visto que é a alternativa mais comum ao Teste T de *Student*.

Posteriormente à análise referida, uma vez que os dados poderiam ser mais aprofundados e a análise poderia tornar-se mais consistente, seguiu-se com a realização de novos testes estatísticos com o objetivo de verificar a correlação existente entre a educação e o emprego com as diferentes capacidades, uma vez que a comparação entre as populações já tinha sido verificada. Neste sentido, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* para as dimensões com distribuição normal e ao Coeficiente de Correlação de *Spearman* para as dimensões com distribuição não normal.

Neste sentido, com a análise de dados concluída, procedeu-se à discussão dos resultados de modo a compreender se coincidem com a literatura. Por outro lado, também foi permitido observar algumas divergências, o que se torna interessante para uma profunda reflexão de toda a problemática de estudo, de modo a ser possível concluir os principais resultados, reflexões, contributos do estudo e implicações práticas.

3.4. Análise dos Resultados

A partir da amostra adquirida para a investigação realizada para a presente dissertação de mestrado, neste capítulo pretende-se explorar todos os resultados obtidos, tendo em conta a comparação entre populações específicas. Assim, inicialmente pretende-se descrever a caracterização da amostra a nível educacional e profissional, uma vez que são estas as variáveis que se encontram em estudo, enquanto objetivo da investigação. Deste modo, o objetivo é explorar de que forma estas variáveis influenciam as capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental.

No que diz respeito à educação, inicialmente verificou-se que a população encontrava-se dividida por vários graus de escolaridade. Contudo, como os grupos encontravam-se demasiado dispersos, a amostra foi dividida em pessoas com habilitações até ao 2º ciclo e pessoas com habilitações equivalentes ou superiores ao ensino secundário, sendo esta a divisão que se demonstrou a mais adequada. Deste modo, verificou-se que 56,7% da população com problemáticas de saúde mental apresenta um nível de escolaridade até ao 2º ciclo, e 43,3% têm habilitações literárias equivalentes a pelo menos ao ensino secundário (Tabela 3).

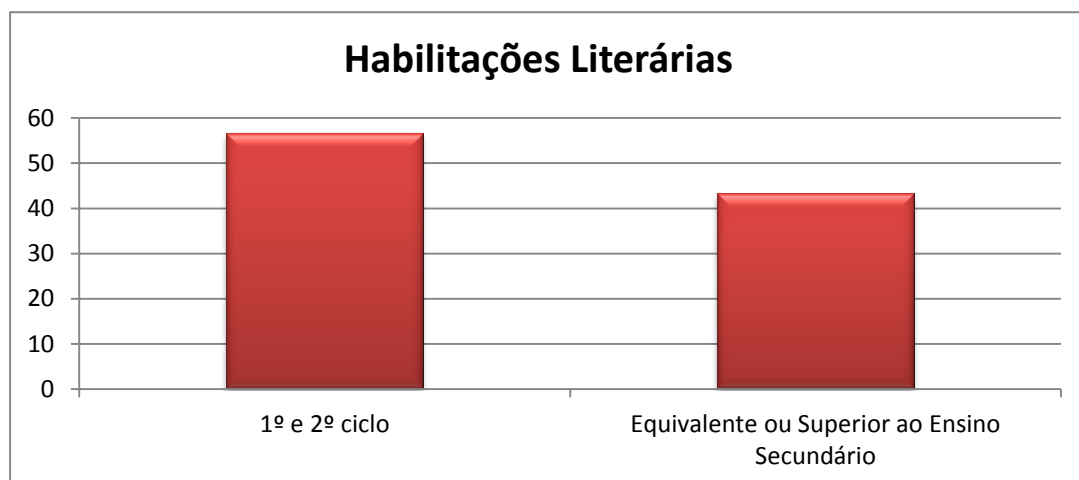


Tabela 3 – Habilitações Literárias dos Participantes

Para além das habilitações literárias, foi apurado que entre todos os participantes, apenas 9,7% encontra-se, de momento, a realizar alguma experiência de estudo. No entanto, é importante, de acordo com a abordagem das capacidades, salientar tanto a liberdade de escolha, visto que 92,9% referem ter sido uma opção sua realizar esta experiência de estudo, como o apoio dos serviços de saúde mental comunitária, uma vez que 60% dos inquiridos afirmou que conseguiu a sua experiência de estudo através do auxílio da organização, enquanto apenas 40% conseguiu-a por meios próprios.

Quanto à integração comunitária foi verificado que, dos sujeitos que se encontram a estudar, 76,9% estudam com a comunidade em geral, e da amostra total, 9% encontra-se a realizar algum tipo de curso de formação profissional, dentro da própria organização ou em conjunto com a restante comunidade. É ainda importante destacar o desejo que os participantes têm de realizar uma nova experiência de estudo. Foram tidos em conta todos os participantes para verificar esta análise, sendo possível concluir que 40,3% das pessoas gostavam de realizar uma nova experiência de estudo. Todas estas análises encontram-se esquematizadas na tabela 4.

Características Educacionais	N(134)	%
Grau de Qualificação		
Não sabe ler nem escrever	7	5,2
Sabe ler e/ou escrever	1	0,7
1º Ciclo	12	9,0
2º Ciclo	20	14,9
3º Ciclo	36	26,9
Ensino Secundário	41	30,6
Licenciatura	11	8,2
Estudos Pós-graduados	5	3,7
Outro	1	0,7
Situação de Estudante		
Estudante	13	9,7
Não Estudante	121	90,3
Estuda com a Comunidade em geral	10	23,1*
Estuda com outras pessoas com Experiência de doença mental	3	76,9*
Foi uma escolha sua	13	92,9
Conseguiu esta experiência através da organização	9	60*
Desejava realizar outra experiência de estudo	54	40,3
Está a realizar um curso de formação Profissional	12	9,1

*Estas percentagens correspondem à amostra estudante e não à amostra total

Tabela 4 – Características Educacionais dos Participantes

Na Tabela 4, apresentada anteriormente, são apresentadas todas as análises já referidas relacionadas com o contexto educacional, bem como as frequências correspondentes a todos os graus de qualificação existentes que, posteriormente acabaram por ser agrupados em habilitações literárias até ao 2º ciclo, e equivalentes ou superiores ao ensino secundário, tal como foi referido anteriormente.

Explorando um outro contexto, no que concerne à situação profissional, os participantes foram divididos em grupos de trabalhadores e não trabalhadores, uma vez que o reagrupamento de empregados, estagiários e voluntários num só grupo permitiu compreender de que forma o facto de os participantes frequentarem uma atividade profissional encontra-se relacionado com o desenvolvimento das suas capacidades. Enquanto, por outro lado, o grupo de não trabalhadores foi reagrupado com os desempregados, reformados e pessoas que recebem algum tipo de apoio social.

Neste sentido, apurou-se que a amostra é composta por 15,7% de trabalhadores e 84,3% de não trabalhadores (Tabela 5), mas achou-se pertinente averiguar se este número tão reduzido de trabalhadores ocorria por opção dos próprios ou por falta de oportunidades. Foi neste sentido que se verificou que 68,4% das pessoas com experiência de doença mental desejava ter uma nova experiência de emprego, o que nos permite acreditar que o mais provável nesta situação é que estas pessoas encontrem-se desempregadas devido à falta de oportunidades de emprego para os mesmos. Ainda assim, é de evidenciar que 91,7% desta população com problemáticas de saúde mental já teve pelo menos um emprego ao longo da sua vida, sendo extremamente positivo esta elevada percentagem de pessoas que já conseguiu usufruir desta oportunidade.

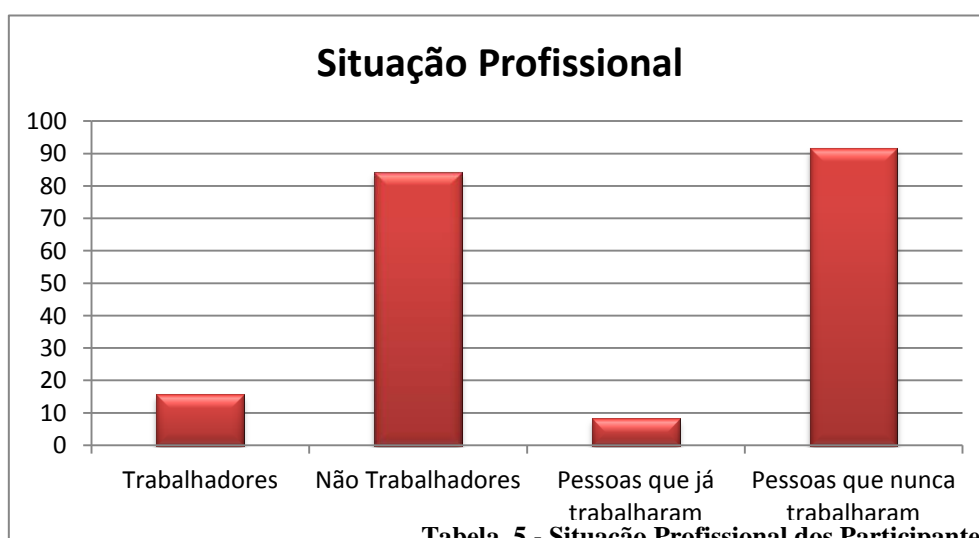


Tabela 5 - Situação Profissional dos Participantes

Tendo em conta os valores descritos anteriormente, é importante compreender de que modo a situação de trabalhador colabora com a integração na comunidade. Neste sentido, verificou-se que grande parte da população com experiência de doença mental, que tem de momento uma ocupação profissional, está a realizar um trabalho inserido na comunidade em geral (89,5%). Isso significa que o trabalho destas pessoas é efetuado em conjunto com a restante população, sendo por isso, designado de emprego apoiado, uma vez que se trata de uma inserção no mercado de trabalho competitivo. Pelo contrário, verifica-se que, apenas 10,5% das pessoas com problemáticas de saúde mental têm um emprego protegido, destinado especificamente ao apoio de pessoas com experiência de doença mental. Para além disso, foi referido por toda esta população trabalhadora, que foi uma escolha sua ter a experiência de emprego que se encontram, de momento, a realizar. Neste sentido, são verificados a existência de resultados positivos tanto quanto à realização do trabalho na comunidade em geral, como quanto à liberdade de escolha dada a cada um dos participantes com problemáticas de saúde mental, tal como pode ser observado na Tabela 6.

Características Educacionais	N(134)	%
Situação Profissional		
Empregado	11	8,2
Estagiário	4	3,0
Voluntário	1	0,7
Desempregado	25	18,7
Reformado	22	16,4
Pensão Social ou RSI	70	52,2
Outro	1	0,7
Emprego Apoiado, no mercado de trabalho competitivo	17	89,5*
Emprego Protegido	2	10,5*
Conseguiu a atividade profissional através da organização	12	63,2*
Foi uma escolha sua realizar a atividade profissional	19	100*
Desejava realizar outra atividade profissional	91	68,4

*Estas percentagens correspondem à amostra estudante e não à amostra total

Tabela 6 – Características Profissionais dos Participantes

Posteriormente às análises abordadas anteriormente, uma vez que foram realizadas de um modo isolado tendo em conta a educação e situação profissional em diferentes contextos, achou-se pertinente averiguar a possível relação entre ambas as variáveis. Assim, observou-se a presença de uma relação positiva muito fraca através do Coeficiente de *Pearson* apresentado ($r(134)=0,121$; $p=0,165$). Isto significa que, as pessoas com experiência de doença mental que apresentam um maior grau de escolaridade não são, necessariamente, as que se encontram mais facilmente inseridas no mercado de trabalho.

No entanto, com intuito de aprofundar cada vez mais os dados, pretende-se compreender de que modo a situação educacional e a situação profissional são capazes de influenciar o desenvolvimento das capacidades das pessoas com experiência de doença mental. Para tal, pretende-se explorar cada uma das dimensões dispostas no Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária - QC-SMC (dez capacidades do referencial teórico de Nussbaum), comparando-as a partir das diferentes habilitações literárias e de diferentes contextos profissionais. Assim sendo, para garantir a credibilidade dos resultados analisados, em primeiro lugar realiza-se uma análise da consistência interna do Questionário das Capacidades para o Contexto de Saúde Mental Comunitária – QC-SMC, de modo a compreender a fiabilidade do próprio questionário, garantindo, assim, a própria fiabilidade dos resultados apresentados e analisados posteriormente.

Neste sentido, começa-se por verificar a fiabilidade da escala geral que apresenta um alfa de Cronbach elevado ($\alpha = 0,967$), o que significa que corresponde, a uma fiabilidade da escala elevada. Na Tabela 7, que se apresenta imediatamente a seguir, é possível comparar as diferenças dos valores verificados para cada uma das dimensões da escala tendo em conta cada item que a engloba, na sua individualidade. Assim, pode-se considerar a possibilidade da eliminação individual de cada item, de acordo com o alfa de Cronbach se o item for excluído, caso este permita o aumento da fiabilidade das dimensões correspondentes, e conseqüente, da escala em geral.

Dimensão	Nº de Itens	Alfa de Cronbach	Itens a Eliminar possivelmente	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Escala Geral	98	0,967	-	-
Capacidade Vida	3	0,618	1	0,665
Capacidade Saúde Física e Mental	14	0,631	-	-
Capacidade Integridade Física	6	0,767	-	-
Capacidade Sentido, Imaginação e Pensamento	9	0,792	5	0,822
Capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas	15	0,802	15; 16; 47; 55	0,804; 0,805; 0,807; 0,806
Capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica	11	0,793	90	0,795
Capacidade Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	14	0,826	24; 51	0,830; 0,829
Capacidade Outras Espécies	3	0,513	56	0,622
Capacidade Lazer e Tempo Livre	3	0,575	-	-
Capacidade Controlo do Próprio Ambiente	20	0,814	14; 33; 75; 87	0,817; 0,816; 0,817; 0,815

Tabela 7 – Consistência Interna do QC-SMC

A partir dos valores de consistência interna observados anteriormente na Tabela 7, tendo por base a correlação de item total corrigida e o alfa de Cronbach se o item for excluído, sugere-se quais os itens do Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária – QC-SMC, que podem ser eliminados. Estes itens são aqueles que apresentam valores baixos na correlação de item total corrigida e valores mais elevados no alfa de Cronbach se o item for excluído, representando que, se este

segundo valor foi mais elevado do que o alfa de Cronbach da própria dimensão, este item poderá ser eliminado com a finalidade de aumentar a fiabilidade da dimensão.

Tendo por base o alfa de Cronbach que cada dimensão, verifica-se que praticamente todas as capacidades revelam uma boa fiabilidade enquanto dimensão do Questionário das Capacidades para o contexto da Saúde Mental Comunitária, excepto a capacidade Outras Espécies, e na capacidade Lazer e Tempo Livre. Contudo esta segunda já se encontra muito próxima de uma fiabilidade aceitável. No que diz respeito à capacidade Outra Espécies, devido a este valor tão baixo, torna muito pertinente a eliminação do item 56, visto que isto permitiria que a capacidade tornasse-se com uma fiabilidade mais aceitável ($\alpha = 0,622$).

Apesar disso, tal como já foi referido, a escala apresenta uma fiabilidade elevada, logo, faz sentido prosseguir com a análise estatística para a comparação das capacidades nas populações com diferentes graus de escolaridade e situações profissionais. É de salientar, ainda, que tendo em conta o modo como as questões do instrumento são colocadas, as conclusões retiradas serão a partir do apoio prestado pelos serviços de saúde mental comunitária, uma vez que o questionário mede a alteração das capacidades após o início da utilização destes serviços.

No que diz respeito à educação, em primeiro lugar, é importante compreender como o grau de qualificação influencia as capacidades dos sujeitos com problemáticas de saúde mental. Neste sentido, foi verificado que na capacidade Vida são encontradas diferenças estatisticamente significativas, permitindo rejeitar a hipótese nula. Para que se torne mais perceptível, a diferença de médias de respostas para esta capacidade relativamente às habilitações, esta diferença encontra-se esquematizada na Tabela 8.

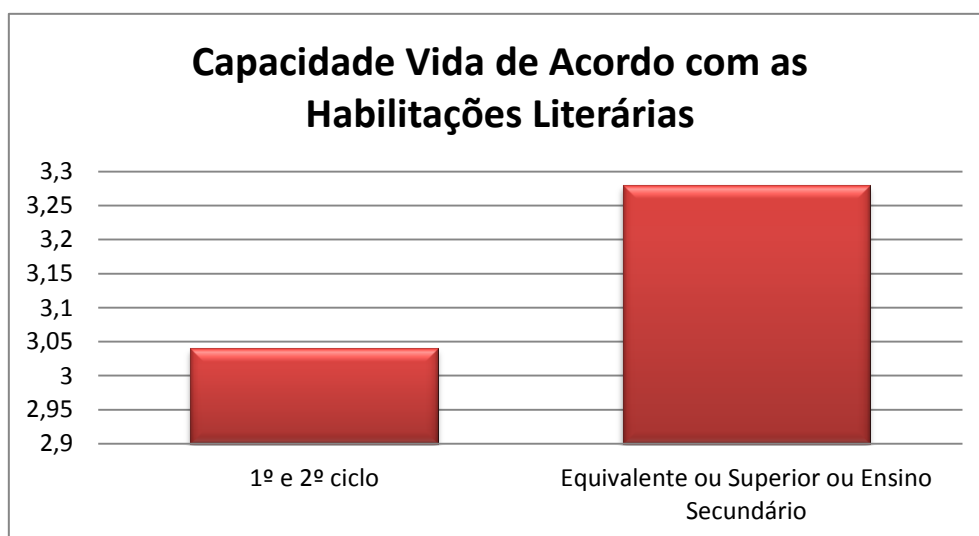


Tabela 8 – Capacidade de Vida comparada com as Habilitações Literárias

Seguidamente, com o mesmo intuito da tabela anterior, pretende-se clarificar o aumento da capacidade Vida nas pessoas com um grau de qualificação equivalente ou superior ao ensino secundário, comparativamente com as pessoas com habilitações correspondentes ao ensino até ao 2º ciclo.

Dimensão	p value	Média	
		Até ao 2º Ciclo	A partir do Ensino Secundário
Capacidade Vida	0,045	3,04	3,28

Tabela 9 – Valores Estatísticos da Capacidade Vida comparada com as Habilitações Literárias

A partir dos valores apresentados na Tabela 9, admite-se que o efeito do grau de escolaridade apresenta diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito à capacidade Vida, a partir do apoio dos serviços de saúde mental comunitária ($U=1763,500$; $W=4689,500$; $p=0,045$;). O que se verificou foi que, numa escala de respostas do tipo *likert* entre 1 e 4, as pessoas com experiência de doença mental com um grau de escolaridade até ao 2º ciclo apresentam uma média de respostas de 3,04, e as pessoas com habilitações equivalente a pelo menos ao ensino secundário revelam uma média de 3,28. Apesar de não serem valores totalmente dispersos e ambos se enquadrarem numa média equivalente à resposta “consegui parcialmente” no questionário, pode-se afirmar que as pessoas com habilitações literárias mais elevadas apresentam uma maior capacidade de Vida, a partir do apoio dos serviços de saúde mental comunitária.

Por outro lado, a nível profissional, a análise inicia-se com a exploração das capacidades em geral com o intuito de compreender a sua relação com a situação profissional das pessoas com problemáticas de saúde mental. Neste contexto, verificou-se que, como forma de comparação, não são apresentadas diferenças estatisticamente significativas nas capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental. Contudo, tendo por base a existência de correlação, nota-se a presença de uma relação moderada positiva entre as capacidades das pessoas com experiência de doença mental e o contexto do trabalho ($r(15)=0,365$). Isto significa que, a partir do Coeficiente de correlação de *Pearson*, admite-se que existe uma relação entre as variáveis analisadas, significando isto que, o aumento da inserção no mercado de trabalho permite,

consequente, o aumento das capacidades, ou vice-versa, ou seja, o aumento das capacidades permite o aumento da inserção no mercado de trabalho.

Mais especificamente, nas capacidades individuais, verifica-se que a capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas, e a capacidade Controlo do Próprio Ambiente apresentam uma tendência para se alterarem perante a situação profissional. Apesar de não se poder afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a população que se encontra ativa profissionalmente, os valores para que as hipóteses nulas sejam rejeitadas encontram-se muito próximos do valor necessário ($p < 0,05$), pelo que demonstram interesse para a realização de uma análise mais aprofundada. Para tal, os valores serão descritos posteriormente na Tabela 10.

Dimensão	p value	Média	
		Trabalhadores	Não Trabalhadores
Capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas	0,058	3,13	2,87
Capacidade Controlo do Próprio Ambiente	0,053	2,59	2,30

Tabela 10 – Valores Estatísticos das Capacidades comparadas com a Situação Profissional

A partir da Tabela 10, verificou-se que a capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas revela algumas diferenças no que diz respeito à situação profissional ($t(133)=1,909$; $p=0,058$; I.C. 95%) Isto significa que as pessoas com experiência de doença mental que usufruem de uma atividade profissional, apresentam um aumento na capacidade em questão, uma vez que, numa escala de *likert* de 1 a 4, os trabalhadores apresentam uma média de respostas de 3,13 enquanto as pessoas que não trabalham revelam uma média de 2,87. Pode-se afirmar, neste sentido que, as pessoas com experiência de doença mental que se encontram a trabalhar, apresentam um ligeiro aumento da capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas.

No mesmo sentido, a capacidade Controlo do Próprio Ambiente apresenta uma tendência para ser superior nas pessoas com problemáticas de saúde mental que se encontram inseridas no mercado de trabalho ($t(129)=1,951$; $p=0,053$; I.C. 95%). A média de respostas das pessoas que se encontram a trabalhar é 2,59, enquanto a média

das pessoas que não usufruem desta experiência é 2,30. Isto permite assumir que a capacidade Controlo do Próprio ambiente encontra-se mais acentuada nas pessoas com problemáticas de saúde mental que, de momento, estão ativas profissionalmente.

Posteriormente a uma análise das capacidades e da situação profissional atual, uma vez que o contexto do emprego, enquanto modo de integração e influenciador das capacidades, é um dos nossos objetivos a explorar, achou-se pertinente compreender se as pessoas que nunca trabalharam ao longo da sua vida revelam diferenças nas suas capacidades, comparativamente com as pessoas que já experienciaram pelo menos uma vez a situação de trabalhador. O que se observa é que a capacidade Saúde Física e Mental, bem como a capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica apresentam diferenças estatisticamente significativas para a população que já experienciou uma atividade profissional ao longo da sua vida, tal como se pode verificar na tabela seguinte (Tabela 11).

Dimensão	p value	Média	
		Trabalhadores	Não Trabalhadores
Capacidade Saúde Física e Mental	0,045	2,96	2,64
Capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica	0,035	2,71	3,11

Tabela 11 – Valores Estatísticos das Capacidades comparadas com a Situação Profissional ao Longo da Vida

O valor apresentado no teste não-paramétrico para a comparação da capacidade Saúde Física e Mental com as pessoas com problemáticas de saúde mental que já trabalharam ou não, tal como verificado na tabela anterior ($U=411,500$; $W=477,500$; $p=0,045$), indica que existem diferenças estatisticamente significativas. A média de respostas dadas para esta população revela-se superior para as pessoas que já tiveram pelo menos uma experiência profissional, uma vez que estas apresentam uma média de 2,96 e as restantes que nunca trabalharam revelaram uma média de 2,64. Assim, pode-se afirmar que a capacidade Saúde Física e Mental apresenta-se mais consistente nas pessoas com problemáticas de saúde mental que já trabalharam ao longo da sua vida.

O mesmo se pode afirmar para a capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica, visto que apresenta valores que permitem rejeitar a hipótese nula e afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas ($t(130)=-2,132$; $p=0,035$; $\alpha= 0,05$). As diferenças encontradas nas médias de respostas indicam uma maior capacidade para as pessoas que já trabalharam (média: 3,11), do que para as pessoas que nunca tiveram inseridas no contexto profissional (média: 2,71). Assim, conclui-se que a capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica é superior nas pessoas que já tiveram, pelo menos, uma experiência profissional ao longo da sua vida.

Para facilitar a compreensão da influência da atividade profissional nas capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental, posteriormente na Tabela 12 são apresentadas as capacidades que sofrem alterações consoante a situação profissional.



Tabela 12 – Capacidades comparadas com a Situação Profissional

O que se pode verificar na Tabela 12 são as capacidades que apresentam um aumento nas pessoas com problemáticas de saúde mental, quando sujeitas ao impacto de uma situação de trabalho, a partir do suporte dos serviços de saúde mental comunitária. As primeiras duas capacidades descritas apresentam as suas médias relativamente às pessoas que se encontram a trabalhar no momento presente, comparativamente com as pessoas não exercem nenhum tipo de atividade profissional, atualmente. Por outro lado, as últimas capacidades apresentam valores que se referem à percepção das pessoas que já tiveram, pelo menos um emprego ao longo da vida, comparativamente com as pessoas que nunca trabalharam. No entanto, como ambas as populações se referem ao

contexto profissional e ao impacto desta situação nas suas capacidades, qualquer uma encontra-se designada por trabalhadores e não trabalhadores.

Para a finalização da análise de dados, numa última etapa pretende-se averiguar a existência de variáveis individuais que podem também ser alvo de uma alteração, quando expostas a diferentes graus de qualificação e à inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, propôs-se avaliar uma variável que é, frequentemente, referida pela literatura, nomeadamente o sentimento de pertença. O sentimento de pertença é um fator que, de acordo com a literatura, mostra-se muito importante para a integração de pessoas com problemáticas de saúde mental na comunidade em geral. Posteriormente avaliou-se, ainda, a oportunidade de valorização profissional, de modo a compreender se esta é uma apetência que aumenta com a qualificação académica e situação profissional.

No entanto, é importante referir que estes fatores não são medidos por nenhuma escala em específico, nem existe uma dimensão específica para cada um, como aconteceu para as capacidades analisadas anteriormente. O proposto, no caso destes fatores, foi a medição dos mesmos a partir de itens específicos do QC-SMC - Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária, que surgem como indicadores destes fatores. Isto significa que apesar de se referir o aumento destes fatores comparado com as diferentes populações, o que ocorre, na verdade, é o aumento de um indicador da presença dos mesmos. Estes indicadores analisados, foram o item 35 (sentimento de pertença) e o item 96 (oportunidade de se valorizar profissionalmente), do QC-SMC - Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária.

Neste seguimento, verificou-se que o sentimento de pertença à comunidade apresenta diferenças estatisticamente significativas no contexto educacional. Relativamente à oportunidade das pessoas se valorizarem profissionalmente, este fator apresenta-se também significativo a nível educacional, tal como o sentimento de pertença. No entanto, também a nível profissional são verificadas diferenças estatisticamente significativas para este mesmo fator. Tais afirmações serão esclarecidas posteriormente, após a descrição de todos os valores apresentados na Tabela 13.

Indicador	p value	Média	
		Até ao 2º Ciclo	A partir do Ensino Secundário
Sentimento de Pertença à comunidade	0,010	2,87	3,36
Oportunidade de se Valorizar Profissionalmente	0,010	2,44	3,02
		Trabalhadores	Não Trabalhadores
Oportunidade de se valorizar profissionalmente	0,001	3,45	2,54

Tabela 13 – Valores Estatísticos dos Indicadores de Capacidades

A partir da Tabela 13 pode-se observar que o sentimento de pertença encontra-se mais consistente no grupo de pessoas que apresentam habilitações literárias superiores, ou seja, a partir do ensino secundário. A análise permite que a hipótese nula seja rejeitada ($U=1508,500$; $W=4434,500$; $p=0,010$). Assim, verificou-se que a média de respostas das pessoas com um grau de qualificação mais elevado corresponde a 3,36, enquanto a média das pessoas com habilitações literárias até ao 2º ciclo é 2,87, no que diz respeito a uma escala de *likert* de 4 pontos. Neste sentido, assume-se que o sentimento de pertença encontra-se mais elevado nas pessoas com habilitações literárias equivalentes ou superiores ao ensino secundário, a partir do apoio dos serviços de saúde mental comunitária.

Relativamente à oportunidade das pessoas com problemáticas de saúde mental se valorizarem profissionalmente, verificou-se que, no contexto educacional, este indicador apresenta diferenças estatisticamente significativas ($U=4434,500$; $W=3949,000$; $p=0,010$), permitindo a refutação da hipótese nula. As pessoas com habilitações a partir do ensino secundário apresentam uma média de respostas de 3,02, enquanto as restantes revelam uma média de 2,44. Por outro lado, no contexto profissional, o mesmo teste estatístico, permitiu, novamente rejeitar a hipótese nula ($U=586,500$; $W=6046,500$; $p=0,001$). O que se verifica é que a média de respostas nas pessoas que se encontram a realizar uma atividade profissional é 3,45, sendo este um valor superior à média das pessoas que não frequentam nenhuma atividade de trabalho,

que se retém no valor 2,54. Assim, é possível concluir que o impacto dos serviços de saúde mental comunitária nas pessoas que desenvolvem uma atividade profissional e nas pessoas que têm habilitações literárias superiores permite que estas tenham mais oportunidades de se valorizarem profissionalmente.

Neste sentido, posteriormente pode-se observar na Tabela 14, as diferenças entre as populações independentes, de uma forma mais simplificada, de acordo com os indicadores explorados. Ambas as populações, isto é, as populações educacionais e as profissionais encontram-se representadas nesta mesma tabela, tendo em conta as conclusões retiradas anteriormente.

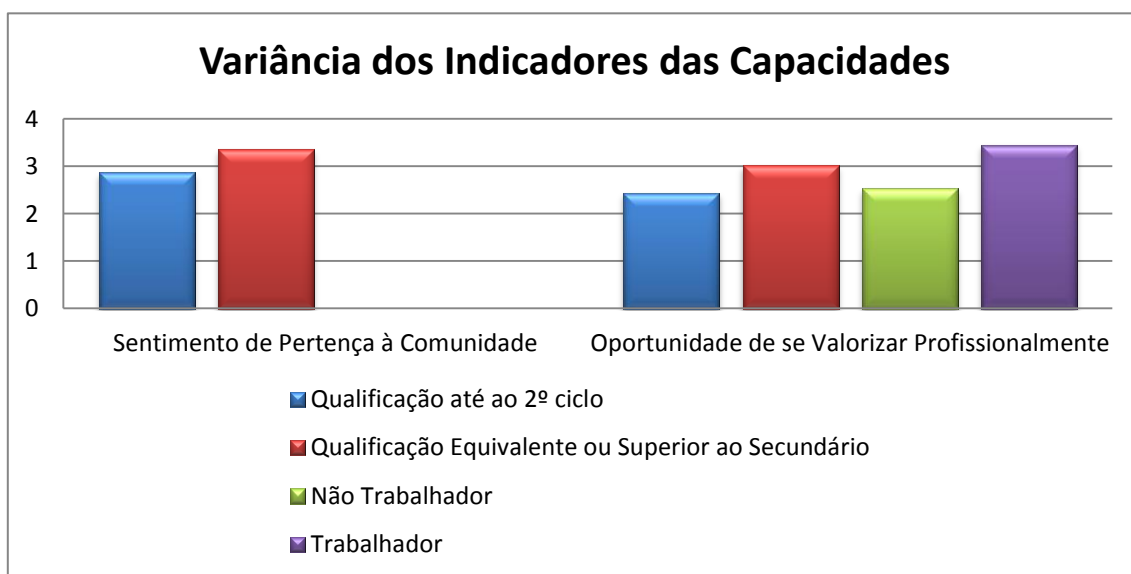


Tabela 14 – Variância dos Indicadores de Capacidades

O que a tabela 14, apresentada anteriormente, pretende salientar é o facto de o sentimento de pertença à comunidade, e a oportunidade da pessoa se valorizar profissionalmente, serem variáveis que se diferenciam de acordo com o grau de escolaridade ou situação profissional. Deste modo, o que se verificou foi que o sentimento de pertença apresentou diferenças mais significativas a nível educacional, por isso, os valores das médias demonstradas nas tabelas referem-se ao contexto educacional. Por outro lado, no que diz respeito à oportunidade de se valorizar profissionalmente, os valores expostos referem-se a ambas as populações visto que, como foi referido anteriormente, este indicador apresenta-se significativo em ambas as populações.

4. Discussão dos Resultados

Ao longo da presente dissertação foi defendida a importância das pessoas com problemáticas de saúde mental conseguirem integrar-se na comunidade através da educação e inserção profissional. Em todo o caso, ao explorar os resultados provenientes da amostra, é verificado que, atualmente, esses são fatores que ainda não estão ao alcance de todos, apesar da evidência da sua desejabilidade. No entanto, pode-se afirmar que estes fatores encontram-se em desenvolvimento, visto que foi observado pela caracterização da amostra, que a aquisição de um emprego e o aumento das habilitações literárias já se começa a tornar visível para esta população, embora ainda não seja algo muito significativo.

No que diz respeito à educação, tal como foi referido em qualquer outro tema, o mais importante é ter sempre em conta a liberdade de escolha de cada um, sendo que as pessoas com problemáticas de saúde mental não devem ser exceção (Davidson et al., 2001; Hopper, 2007; Davidson et al., 2009; Pfister, 2012; Vergunst et al., 2014; Shinn, 2014; 2015). O que se verifica, em primeiro lugar, é que apesar de a percentagem de pessoas com menor qualificação de estudos ser maior, é extremamente positivo verificar que quase metade da população com experiência de doença mental já atingiu pelo menos a atual escolaridade obrigatória. Pode-se afirmar, neste contexto, que a educação começa a ser um factor de grande importância, visto que as habilitações literárias continuam a aumentar cada vez mais, também para as pessoas com problemáticas de saúde mental. Este aumento refere-se não só ao ensino secundário como também ao ensino superior, sendo que neste sentido, confirma-se que estes resultados vão ao encontro do que McAllister et al. (2014) afirmam ao revelarem que o predomínio de pessoas com experiência de doença mental no ensino superior está a aumentar cada vez mais. Apesar de não ser esta faixa do ensino superior a que se encontra com uma prevalência mais elevada na amostra estudada, notou-se, tal como referido, que a escolaridade nesta população é um fator em crescimento.

Tendo ainda em conta a área da educação, é importante salientar, embora em um número reduzido, a existência de pessoas que continuam a realizar alguma experiência de estudo, apesar de se encontrarem numa idade superior à exigida pela escolaridade obrigatória. É muito relevante o facto de, a grande maioria referir que se encontra a realizar uma experiência de estudo por opção própria, pois tal como referido

anteriormente, o essencial é a liberdade de escolha que é dada a cada um. Perante isso, podemos verificar que a população com experiência de doença mental continua empenhada em aumentar as suas habilitações literárias e motivada para desenvolver cada vez mais as suas aprendizagens e conhecimentos.

Nesse sentido, é importante ainda realçar o apoio dos serviços de saúde mental comunitária, que merecem destaque no que diz respeito à luta pela integração educacional. Mais de metade das pessoas que se encontram a realizar experiências de estudo, conseguiram-nas através do apoio do serviço de saúde mental comunitária do qual são utilizadores, sendo que algumas experiências decorrem mesmo dentro dos próprios serviços. No entanto, esse apoio, apesar de essencial, ainda não é suficiente, visto que averigua-se que quase metade da população gostava de realizar uma nova experiência de estudo, mas de momento não se consegue encontrar integrada, nesse contexto. É por esse motivo que, na literatura, é afirmado que as diferentes associações de saúde mental comunitária devem ter constantemente presente o foco de um trabalho ativo, para que as pessoas com experiência de doença mental consigam encontrar-se participativas na comunidade, tendo em conta todos os eventos existentes para toda a população (Yanos et al., 2004), quer estes digam respeito à educação ou ao emprego.

Por outro lado, tentando aprofundar o contexto profissional, verifica-se que a aquisição de um trabalho é algo muito difícil de alcançar para as pessoas com problemáticas de saúde mental, quer este trabalho diga respeito a um emprego, a um estágio ou a uma situação de voluntariado. Esta afirmação é confirmada pelos resultados obtidos em que se verifica, que a maioria destas pessoas tem o desejo de conseguir uma nova oportunidade de trabalho. Muitas vezes, isso pode acontecer porque, de acordo com Swanson et al. (2014), existem profissionais dos serviços de saúde mental que consideram que o apoio para a integração profissional não se encontra incluído nas suas funções de técnico, acabando por não facultar um apoio neste sentido. No entanto, de acordo com os dados recolhidos, a percentagem de pessoas com problemáticas de saúde mental que nunca teve um emprego é extremamente reduzida. Isto é muito satisfatório uma vez que, apesar de neste momento, muitas pessoas não conseguirem ter um trabalho, já houve alguma situação em que tiveram a oportunidade de realizar uma experiência de trabalho, pelo menos uma vez ao longo da sua vida.

Apesar disso, é importante evidenciar o facto de as pessoas que, ao não conseguirem encontrar um emprego ou estágio, optam por realizar atividades de voluntariado. Esta

atitude acaba por ser o mais importante para Lebmann (2012) que considera que trabalhar não deve ser visto apenas como um emprego, uma vez que o facto de se poder trabalhar é algo de extrema relevância para o próprio ser humano em si. Para o autor, ter um trabalho não tem de significar que só é positivo se este for renumerado. Neste sentido, é importante evidenciar esta ideia e lutar para que seja cada vez mais praticada, visto que uma dificuldade citada nos pressupostos de Nicholson (2014) é que a problemática de saúde mental, por si só, já é um impedimento para a aquisição de um emprego, e Mueser e Cook (2012) revelam que, por vezes, estas pessoas só conseguem uma oportunidade de emprego a partir dos programas de emprego apoiado.

Contudo, um aspeto extremamente positivo, no que diz respeito à situação profissional, é o facto de apesar de ser baixa a percentagem de pessoas com experiência de doença mental que consegue inserir-se no mercado de trabalho, praticamente 90% destas pessoas frequentam um emprego na comunidade em geral. Neste sentido, apenas uma pequena porção desta população empregada é que tem um emprego protegido, sendo este um grande indício de integração na comunidade, tal como é considerado por Bond, Salyers, Rollins, Rapp e Zipple (2004) que defendem a relevância destas pessoas serem inseridas em empregos, onde podem relacionar-se com todas as pessoas da comunidade em geral. Para além disso, ainda se pode compreender, a partir dos resultados, a grande importância do emprego apoiado, que permite o aumento de pessoas com problemáticas de saúde mental integradas na comunidade (Bond et al., 2004; Ware et al., 2008; Mueser & Cook, 2012; Marrone et al., 2014).

Todavia, uma luta constante da presente dissertação é a compreensão da importância da liberdade de escolha dada a cada sujeito, respeitando sempre a individualidade e escolhas pessoais, sendo por isso que uma vez mais estas ideias acabam por ser salientadas. Este é o motivo de ser importante verificar se os valores tão reduzidos de empregabilidade nas pessoas com experiência de doença mental decorrem da falta de oportunidades dadas a esta mesma população. Neste sentido, observa-se que quase 70% da população ambiciona ter uma nova experiência de emprego, pelo que se pode concluir que não são oferecidas pela comunidade as oportunidades suficientes para a integração de pessoas com problemáticas de saúde mental no mercado de trabalho competitivo. Conforme o verificado, Evans e Repper (2000) também concordam que os utilizadores de serviços de saúde mental encontram-se, grande parte das vezes, à

procura de um emprego, ignorando os seus sintomas e dificuldades que possam vir a surgir, e tratando-os como algo que pode ser superado.

Contudo, apesar deste aspeto mais negativo, deve-se realçar a oportunidade de escolha que cada pessoa com uma problemática de saúde mental tem atualmente, visto que todos os inqueridos trabalhadores revelaram que foi uma escolha sua estar a realizar uma atividade profissional. Pode-se verificar, assim, que um dos principais aspetos da abordagem das capacidades está a ser colocado em prática, indo ao encontro da literatura que estimula a grande importância da abordagem ser aplicada no campo da saúde mental, devido à sua defesa pela liberdade de escolha, individualidade e bem-estar (Vergunst et al., 2014; Anand et al., 2009; Robeyns, 2005, Hopper, 2007). No entanto, os valores verificados na amostra obrigam-nos a concordar, parcialmente, com o que Simon et al. (2013) transcrevem como conclusão do departamento de saúde (2009; 2011) ao referirem que, esta população acaba por sofrer de discriminação, atuando conseqüentemente na sua liberdade de escolha e na sua função na comunidade. Pois pode-se verificar, a partir dos resultados, que a liberdade de escolha não parece encontrar-se afetada, tal como já foi referido, no entanto, o papel social encontra-se limitado devido à falta de oportunidades que são proporcionadas às pessoas com experiência de doença mental.

Após a compreensão individual das variáveis educação e trabalho, ao analisá-las em conjunto observou-se que, para a população com problemáticas de saúde mental, não existe uma correlação forte que permita afirmar que a existência de mais habilitações literárias resulta em mais oportunidades de emprego. Isto sugere que, não são as pessoas com graus de qualificação superiores que se encontram, necessariamente, desenvolvendo uma atividade profissional, bem como não são as que apresentam habilitações literárias mais baixas que estão maioritariamente desempregadas. Neste sentido, verificou-se que os resultados estabelecidos divergem da literatura na medida em que esta defende que quanto mais qualificadas as pessoas se encontram, conseqüentemente, ocorre uma maior prevalência no emprego sendo, nestes casos, o desemprego um problema mais escasso (Fogués, 2014).

Neste seguimento, uma vez que o tema fulcral em estudo tem em conta as capacidades relacionadas com a educação e situação profissional, a partir do Questionário das Capacidades para o contexto da Saúde Mental Comunitária - QC-SMC, pretende-se compreender em que medida as capacidades descritas por Nussbaum,

se encontram relacionadas com a educação e situação profissional das pessoas com problemáticas de saúde mental. Para tal, tentou-se comprovar a validade dos resultados obtidos, pelo que foi verificado que o questionário apresenta uma fiabilidade elevada.

No que diz respeito ao contexto educacional, de um modo geral, os resultados da amostra utilizada divergem da literatura visto que, do ponto de vista da correlação estatística não foi apurada uma relação significativa entre as variáveis educacionais e as capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental. Afirma-se assim, que os resultados são contraditórios com Lozano, Boni, Peris, e Hueso (2012) que defendem que, no caso da educação, esta emite para uma correlação com as capacidades, remetendo o aumento das habilitações literárias para o aumento das próprias capacidades desenvolvidas pelas pessoas.

Apesar disso, salienta-se o facto de, como modo de comparação entre a população com diferentes graus de qualificação, ter-se verificado que a capacidade Vida revela alterações significativas. Com base na inferência estatística, afirma-se que as pessoas com habilitações literárias a partir do ensino secundário revelam que se sentem mais apoiadas pelos serviços de saúde mental comunitária no que diz respeito ao facto de sentirem que são capazes de usufruir de uma vida longa. Este sentimento por parte das pessoas com experiência de doença mental é importante, uma vez que renova a esperança e contraria as pesquisas que, de acordo com Colton e Mandescheid (2006) revelam que os utilizadores de serviços públicos de saúde mental apresentam um índice de mortalidade bastante superior ao da restante comunidade (Shinn, 2015).

Ainda é possível observar que, tendo em conta a integração na comunidade, os sujeitos com um grau de qualificação a partir do ensino secundário revelam um maior sentimento de pertença à comunidade e uma maior facilidade em adquirir oportunidades para se valorizarem profissionalmente, do que os sujeitos que graus de qualificação até ao 2º ciclo. Tais dados confirmam-se por Ware et al. (2008) ao referirem que o sentimento de pertença tem vindo a aumentar na Europa, como uma inferência positiva da luta pela integração de pessoas com experiência de doença mental na comunidade.

Por outro lado, tendo em conta o contexto profissional, os resultados diferem um pouco da educação, uma vez que é possível afirmar a relação positiva entre as capacidades em geral e a integração numa atividade profissional. A verdade é que pode-se assegurar que quanto mais as pessoas se encontram inseridas no mercado de trabalho, mais facilmente decorre o aumento das suas próprias capacidades, bem como a situação

contrária também pode ser possível, que é o caso de quanto mais capacidades as pessoas tiverem alcançado, mais facilmente decorre a sua inserção no mercado de trabalho. Isto significa que as capacidades encontram-se diretamente relacionadas, de um modo positivo, com a integração profissional.

Apesar desta correlação, na análise individual verifica-se que a capacidade Controlo do Próprio Ambiente e a capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas revelam um aumento nas pessoas que têm algum tipo de ocupação profissional, tendo sempre em conta o apoio prestado pelos serviços de saúde mental comunitária. Neste sentido, é possível afirmar que a inserção numa situação profissional permite o aumento da autonomia e competências de expressão, bem como uma maior facilidade na criação de laços afetivos, por parte das pessoas com experiência de doença mental. Para além disso, de um modo mais específico, foi verificado que as pessoas com uma ocupação profissional revelam ter mais oportunidades de se valorizarem profissionalmente do que as pessoas que, de momento, não usufruem de nenhuma ocupação. Assim, pode-se salientar a ideia de Nussbaum, que defende que o facto de um sujeito ter a um bom nível da capacidade de Controlo do Próprio Ambiente é extremamente importante, uma vez que permite que a pessoa consiga ter liberdade de expressão sobre a sua própria vida, sendo isto mais do que um direito individual, um direito coletivo (Shinn, 2015).

Tendo em conta a situação profissional ao longo de toda a vida, pode-se assumir uma alteração na capacidade Saúde Física e Mental e na capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica por parte das pessoas com problemáticas de saúde mental, que ao longo da sua vida já tiveram pelo menos uma experiência profissional. A partir destes resultados, assume-se que a situação de trabalhador é um impulsionador para uma vida saudável e permite o desenvolvimento de uma competência para a reflexão, permitindo a criação de opiniões construtivas sobre os diversos assuntos do dia-a-dia. De acordo com Nussbaum (2000), o ganho desta capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica é uma mais-valia visto que é considerada uma das capacidades centrais mais importantes, em que a pessoa é capaz de assumir um papel social significativo (Shinn, 2015), e consegue criar objetivos que pretende alcançar, ao longo da sua vida (Kloos et al., 2014 cit por Shinn, 2014), para além de que esta capacidade é vista por Nussbaum (2000) como uma capacidades que, de certa forma, envolve um pouco de todas as restantes.

Deste modo, podemos concluir que a situação profissional, quando explorada de um modo mais aprofundado, revela várias vantagens para as pessoas com problemáticas de

saúde mental. Para além da integração na comunidade em geral, que acaba por estar inerente à inserção no mercado de trabalho, estas pessoas revelam usufruir de uma maior autonomia, maior capacidade de reflexão e mais relações afetivas, para além de se desenvolverem de um modo mais saudável, e de sentirem-se como tendo mais oportunidades para se valorizarem profissionalmente. A aquisição destas capacidades vai ao encontro do que Nussbaum (2000) refere como o essencial para uma pessoa conseguir desenvolver, adequadamente, mais capacidades. Para a autora, é necessário o envolvimento de um conjunto de aptidões físicas, intelectuais, psicológicas, emocionais e sociais, que devem ser trabalhadas em simultâneo com as emoções. Isto significa que a pessoa deve ser capaz de se afeiçoar a algo material ou humano para além de si própria (Shinn, 2015).

Como modo de concluir, tendo em conta os dados explorados e a revisão de literatura, pode-se afirmar que a integração na comunidade, por parte das pessoas com problemáticas de saúde mental, é algo que se encontra em desenvolvimento, por isso, são muitos os resultados positivos que já podem ser observados. No que diz respeito à educação e ao emprego, apesar de ser pouca a população integrada nesse sentido, estes baixos valores já correspondem aos sinais de mudança que tanto são pretendidos. Para além disso, foi notado que estas pessoas que estão mais integradas em ambos os contextos revelam um aumento de algumas das suas capacidades, o que por si só já é um motivo para continuar com a luta para uma integração comunitária com base na educação e situação profissional, uma vez que se nota que os resultados a partir dessa integração são satisfatórios.

Finalmente, respondendo às questões de partida colocadas quando desenhado o plano de investigação na metodologia da presente dissertação, pode-se afirmar a existência de uma relação positiva entre a educação e as capacidades, embora isso não aconteça com todas as capacidades em geral. A verdade é que, a educação é um impulsionador para a esperança de que é possível viver uma vida longa, bem como para o aumento do sentimento de pertença à comunidade e para o aumento das oportunidades de valorização profissional. Isto pode ser comprovado pelos resultados obtidos em que, para além dos indicadores individuais, a própria capacidade Vida evidenciou um aumento perante um maior grau de qualificação.

No que diz respeito à situação profissional, ainda mais facilmente do que na educação, podemos afirmar a existência de uma influência da realização de uma

ocupação profissional nas capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental. Apesar de este aumento não ocorrer em todas as capacidades, são visíveis as alterações em várias capacidades centrais das pessoas com experiência de doença mental que se inserem em algum tipo de ocupação profissional, até mesmo quando comparadas com as pessoas que nunca trabalharam ao longo de toda a sua vida. Como modo de fortalecer esta ideia, para além das capacidades específicas, também se nota o aumento da oportunidade de cada pessoa se valorizar profissionalmente, sendo este um indicador com um aumento comum tanto na educação como na situação profissional.

Na Tabela 15 pode-se observar, de um modo simplificado, os resultados que permitem retirar algumas conclusões que auxiliaram na resposta positiva das questões de partida.

Resultados mais Evidentes	
Habilitações Literárias	Aumento da Capacidade Vida
	Aumento do Sentimento de Pertença
	Aumento da Oportunidade de se Valorizar Profissionalmente
Situação Profissional	Aumento da Capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas
	Aumento da Capacidade Controlo do Próprio Ambiente
	Aumento da Capacidade Saúde Física e Mental
	Aumento da Capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica
	Aumento da Oportunidade de se Valorizar Profissionalmente

Tabela 15 – Resultados mais Evidentes

Assim, tendo por base a tabela 15, consegue-se compreender, tal como já foi descrito, que tanto um maior grau de qualificação como a inserção profissional permitem o aumento das capacidades. No entanto, nota-se que o aumento das capacidades é mais visível no que diz respeito à situação profissional do que à integração educacional.

5. Considerações Finais

A partir do estudo realizado foi possível compreender como a integração na comunidade, por parte das pessoas com experiência de doença mental, consegue ter um impacto significativo nas suas capacidades. No entanto, pôde-se verificar que para esta integração ser realizada de forma mais ativa é muito importante o apoio dos serviços de saúde mental comunitária, que representam um elo de ligação entre as pessoas com experiência da doença mental e a sua integração comunitária. Por isso, a abordagem das capacidades, para Shinn (2015), é essencial tanto para a problemática de saúde mental como para a própria psicologia comunitária, sendo por isso que o objetivo de estimular as capacidades torna-se representativo para a psicologia comunitária.

A verdade é que para haver um apoio mais eficaz é necessário a concepção de modelos que facilitem a promoção de novas instituições de saúde mental comunitária. Neste sentido, estas instituições devem intervir a partir de métodos de *empowerment*, da existência de estratégias individuais, organizacionais e comunitárias, e do acesso aos serviços e recursos naturais (Ornelas et al., 2010). Isto poderá permitir uma integração mais eficaz das pessoas com experiência de doença mental na comunidade em geral.

Por este motivo, Bond et al. (2004) referem que a mudança para a integração de pessoas com experiência de doença mental deve começar pelos serviços de saúde mental, que devem assumir a pessoa como única. Assim, pode-se evitar a exclusão social, que é um dos grandes desafios da saúde mental, evitando consequentemente o que Ornelas et al. (2014) consideram como um obstáculo à integração, que é a falta de oportunidades educacionais, profissionais, afetivas e da cidadania. Isto é comprovado através dos resultados obtidos, que refletiram uma baixa frequência de pessoas que estão desenvolver as suas competências educacionais e profissionais.

Uma solução para este desafio seria conceder oportunidades às pessoas que normalmente são vistas como incapazes de assumirem um papel social (Stein et al 1992 cit por Shinn, 2015; Stein & Wemmerus 2001 cit. por Shinn, 2015), sendo que esta atitude é algo que se pode começar a estimular desde bem cedo. Ou seja, a liberdade de escolha pode ser desenvolvida desde uma idade jovem, desde que esta liberdade seja facultada de um modo adequado à maturidade individual de cada um. Isto permite que as crianças não se encontrem apenas numa fase da sua vida em que esperam por alcançar a vida adulta, mas pelo contrário, já se podem ir preparando para esta fase que

virá posteriormente. Esta ideia seria um suplemento adicionado à abordagem das capacidades para que esta pudesse continuar a evoluir (Nussbaum, 2000 cit. por Shinn, 2015).

Neste sentido, devemos apelar à mudança social, para que a pessoa com experiência de doença mental seja mais aceita na comunidade, conseguindo alcançar todos os seus objetivos e participar plenamente em todas as atividades abertas para toda a população. Isto é possível se, tal como refere Pfister (2012), colocarmos em prática a abordagem das capacidades, tendo em conta que é fundamental utilizar aquilo que cada um é capaz de fazer a partir dos seus próprios meios, no sentido de desenvolver as suas capacidades. Isto significa que é possível a pessoa evoluir nas suas capacidades, se conjugar os seus agentes biológicos com o suporte social e cultural.

Por este motivo, a investigação com base na abordagem das capacidades é muito importante para toda a comunidade, principalmente quando se tem em conta as populações com mais necessidades, sendo que o fundamental é desenvolver mentalidades para a promoção da liberdade de escolha de cada indivíduo (Shinn, 2015). É assim que o presente estudo demonstra os seus contributos e revela-se socialmente relevante devido ao intuito de gerar a mudança, de modo a que se torne compreensível que a integração na comunidade e a liberdade de escolha invocam o aumento das capacidades, acreditando que esta população consegue ter uma vida mais satisfatória.

Para além disso, os estudos que têm por base a abordagem das capacidades também são fundamentais para que se torne cada vez mais compreensível que o aumento das capacidades das pessoas com problemáticas de saúde mental são da responsabilidade de toda a população, no sentido, em que é a através das oportunidades fornecidas a cada um, que estes conseguem se desenvolver e aumentar as suas capacidades, visto que os resultados observados na presente dissertação assim o comprovaram. Para além disso, Anand, Hunter, Carter, Dowding, Guala & Hees (2009) referiram a importância da existência de uma medida capaz de avaliar as capacidades de cada pessoa individualmente, sendo este estudo uma vertente deste objetivo, visto que isto é o que move o projeto de doutoramento que se encontra em desenvolvimento.

Tudo isto faz sentido quando relatamos a opinião de Sacchetto et al. (2015) que concordam, que uma forma das pessoas com experiência de doença mental ultrapassarem alguns dos desafios que envolvem a exclusão social, é através da prática da abordagem das capacidades por parte das organizações de saúde mental comunitária.

Para além disso, a adoção de uma abordagem colaborativa em que os utilizadores e os profissionais de serviços de saúde mental cooperam para um trabalho conjunto, possibilita a integração das pessoas com experiência de doença mental, e permite o desenvolvimento de um trabalho mais enriquecedor para os próprios serviços.

Assim, defende-se o pressuposto de que temos a capacidade de inovar, tendo presente que o essencial são as capacidades de cada pessoa na sua individualidade. Ao evidenciar as capacidades e auxiliar nas dificuldades, estamos a permitir a integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental, tal como é permitida a qualquer outra pessoa. Por isso, é tão importante o trabalho prático de Sacchetto et al. (2015) que inclui a participação de utilizadores no processo de construção de uma medida que avalia as capacidades a partir do apoio dos serviços de saúde mental comunitária. Isto revela uma oportunidade desta população se integrar no contexto profissional, que se verifica muito importante a partir dos resultados obtidos na presente dissertação, que revelaram que as pessoas que se encontram a exercer algum tipo de trabalho apresentam uma evolução na capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas, na capacidade Controlo do Próprio Ambiente, na capacidade Saúde Física e Mental, e na capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica, para além do aumento indicador que representa a oportunidades de se valorizarem profissionalmente.

Para além disso, tendo em atenção ao contexto da educação, se forem dadas mais oportunidades, pode ocorrer um aumento da capacidade Vida e de indicadores do sentimento de pertença à comunidade, tal como foi verificado nos resultados descritos em capítulos anteriores. Isto significa que, a educação também representa uma forma de desenvolvimento das capacidades, sendo por isso que, deve ser apostada cada vez mais. Nussbaum (2000) concorda com isso, uma vez que considera fundamental fornecer apoios educacionais para que as pessoas consigam adquirir níveis de vida com maior qualidade e se tornem mais competentes para as exigências do dia-a-dia.

Neste sentido, de acordo com as observações exploradas ao longo da dissertação, é possível concluir a importância da integração profissional, que apresenta resultados mais satisfatórios quanto ao aumento das capacidades. Assim sendo, visto que o desejo de conseguir um emprego destacou-se nas vontades das pessoas com experiência de doença mental, o ideal seria permitir mais oportunidades a esta população com dificuldades, uma vez que foi provado que é uma mais-valia para os mesmos. Assim, esta é a ideia fundamental que deve prosseguir, visto que os resultados satisfatórios a

nível pessoal e social tornaram-se evidentes. No entanto, de acordo com Swanson et al. (2014), uma limitação que impede a integração profissional significativa, pode ser as restrições inerentes aos próprios empregadores e restrições de conteúdo financeiro.

Para além da defesa de todas estas ideias, incluindo os resultados satisfatórios obtidos da amostra bem como a relevância social da presente dissertação, deve-se ter em conta possíveis limitações existentes ao estudo procedido. Torna-se pertinente salientar o facto de o instrumento utilizado ainda não se encontrar validado para a população portuguesa. Esta limitação permite refletir sobre a fiabilidade do instrumento para os participantes em questão. Assim, deve-se ter em conta se as questões fazem sentido e se são perceptíveis para as pessoas com problemáticas de saúde mental, bem como se são significativas de acordo com as suas experiências de vida enquanto utilizadores, não provocando nenhum tipo de desconforto. Contudo, este não parece ser um problema para o presente estudo, uma vez que o questionário das capacidades para o contexto da saúde mental comunitária – QC-SMC já se encontra em processo de validação e já sofreu as alterações que a equipa considerou necessárias, de acordo com os procedimentos estatísticos e pareceres dos próprios utilizadores, sendo que a versão utilizada já foi esta última, posteriormente às alterações realizadas.

Pode-se concluir, deste modo, que uma forma de compreender a essência da integração comunitária, como algo que deve decorrer de um modo natural, é através da analogia construída por Davidson et al., (2001) entre a saúde mental e outra doença crónica. Os autores defendem que, por exemplo, apesar de as pessoas serem portadoras de uma doença crónica não deixam de ter uma vida plena. Porque não há de acontecer o mesmo nas problemáticas de saúde mental, e as pessoas com experiência de doença mental têm de se encontrar constantemente limitadas a nível educacional e profissional? É óbvio que cada doença acaba por ter as suas próprias limitações na comunidade, tal como um invisual ou um surdo, no entanto, a inovação encontra-se em desenvolver os meios necessários para que a autonomia e integração na comunidade ocorra do modo mais natural possível. É por este motivo que este estudo apresenta as qualidades necessárias para afirmar que a abordagem das capacidades deve ser colocada em prática na saúde mental. As oportunidades de escolha devem representar uma união entre profissionais, utilizadores e a comunidade, para que a integração comunitária se torne cada vez mais consistente, envolvendo isso a oportunidade de integração desta população no contexto educacional e profissional.

6. Referências Bibliográficas

- Anand, P., Hunter, G., Carter, I., Dowding, K., Guala, F., & Hees, M. V. (2009). The Development of Capability Indicators. *Journal of Human Development and Capabilities*, *10(1)*, 125-152. doi:10.1080/14649880802675366
- Bond, G., Salyers, M., Rollins, A., & Zipple, A. (2004). How Evidence-Based Practices Contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal*, *40(6)*, 569-588.
- Buchardt, T. (2004). Capabilities and disability: the capabilities framework and the social model of disability. *Disability & Society*, *17(7)*, 735-751. doi:10.1080/0968759042000284213
- Bussi, M. (2014). Going beyond Work-First and Human Capital Approaches to Employability: the Added-Value of the Capability Approach. *Social Work & Society*, *12(2)*, 1-15.
- Davidson, L., Stayner, D., Nickou, C., Styron, T, Rowe, M, & Chinman, M. (2001). “Simply To Be Let In” Inclusion as a Basis for Recovery. *Spring*, *24(4)*, 375-388.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O’Connell, M. (2009). A Capabilities Approach to Mental Health Transformation: A Conceptual Framework for the Recovery Era. *Canadian Journal Of Community Mental Health*, *28(2)*, 35 – 45.
- Deneulin, S., & McGregor, J. A. (2010). The capability approach and the politics of a social Conception of wellbeing. *European Journal of Social Theory*, *13(4)*, 501-519. doi:10.1177/1368431010382762
- Evans, J., & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *7*, 15-24.
- Fogués, A. L. (2014). The Shades of Employability: A Capability Study of VET Students' Freedoms and Oppressions in Spain. *Social Work & Society*, *12(2)*, 1-15.
- Ford, K. L., Bryant, A. N., & Kim, G. (2013). Age differences in satisfaction with and perceived benefit from mental health services: results from the collaborative

psychiatric epidemiology surveys. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 831-840.

Gandjour, A. (2008). Mutual dependency between capabilities and functionings in Amartya Sen's capability approach. *Social Choice and Welfare*, 31, 345-350. doi:10.1007/s00355-007-0283-7

Hick, R. (2012). The capability approach: insights for a new poverty focus. *Journal of Social Policy*, 1-18.

Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social, Science & Medicine*, 65, 868-879. doi:10.1016/j.socscimed.2007.04.012

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. doi:10.1007/s10464-009-9277-1

Kloss, B., Ornelas, J., & Nelson, G. (2014). Community Psychology History and Theory as Resources for Transformative Change in Community Mental Health. In G. Nelson, B. Kloos, & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards transformative change* (pp. 23-50). New York: Oxford University Press.

LeBmann, O. (2012). Applying the Capability Approach Empirically: An overview with special attention to labor. *Management Revue*, 23(2), 98-118. doi: 10.1688/1861-9908_mrev_2012_02_Lessmann

Lozano, J. F., Boni, A., Peris, J., & Hueso, A. (2012). Competencies in Higher Education: A Critical Analysis from the Capabilities Approach. *Journal of Philosophy of Education*, 46(1), 132-147.

Marrone, J., Burns, R., & Taylor, S. (2014). Vocational rehabilitation and mental health employment services: True love or marriage of convenience?. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 40, 149-154. doi:10.3233/JVR-140672

- McAllister, M., Wynaden, D., Happell, B., Flynn, T., Walters, V., Duggan, R., . . . Gaskin, C. (2014). Staff experiences of providing support to students who are managing mental health challenges: A qualitative study from two Australian universities. *Advances in Mental Health, 12*(3), 192-201.
- Minas, H. (2012). The Centre for International Mental Health Approach to Mental Health System Development. *Harvard Review Of Psychiatry, 20*(1), 37-46. doi:10.3109/10673229.2012.649090
- Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental, 37*(4), 303-312.
- Mueser, K., & Cook, J. (2012). Supported Employment, Supported Education, and Career Development. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(6), 417-420. doi:10.1037/h0094573
- Nelson, J., Janzen, J., & Trainor, J. (2006). A Longitudinal Study of Mental Health Consumer/ Survivor Initiatives: Part 1 – Literature review and overview of the study. *Journal of Community Psychology, 34*, 247-260. doi: 10.1002/jcop.20097
- Nicholson, J. (2014). For Parents With Mental Health Conditions: The Chance to “Have It All” at Work and at Home. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 37*(2), 153-156. doi: 10.1037/prj0000057
- Nussbaum, M. (2000). Women’s Capabilities and Social Justice. *Journal of Human Development, 1*(2), 219-247. doi:10.1080/14649880020008749
- Nussbaum, M. (2003). Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics, 9*(2-3), 33-59. doi: 10.1080/1354570022000077926
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community Psychology and Social Change: A Story from the field of Mental Health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice, 1*(1), 21-31. Recuperado de <http://www.gjcpp.org/>.
- Ornelas, J., Aguiar, R., Sacchetto, B., & Jorge-Monteiro, M. F. (2012). Community-based participatory research: a collaborative study to measure capabilities towards

recovery in mental health community organizations. *Psychology, Community & Health, 1(1)*, 3-18. doi:10.5964/pch.v1i1.5

Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, M. F. (2014). In G. Nelson, B. Kloos, & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards transformative change* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.

Pfister, T. (2012). Citizenship and capability? Amartya Sen's capabilities approach from a citizenship perspective. *Citizenship Studies, 16(2)*, 241-254.

Pritchard, A. J. (2012). Health, Power, Justice and Truth. Review of Venkatapuram, S. Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18*, 1116-1118. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01930.x

Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development, 6 (1)*, 93-114. doi:10.1080/146498805200034266

Sacchetto, B., Aguiar, R., Vargas-Moniz, M. J., Jorge-Monteiro, M. F., Neves, M. J., Cruz, M. A., ... Ornelas, J. (2015). The Capabilities Questionnaire for the Community Mental Health Context (CQ-CMH): A Measure Inspired by the Capabilities Approach and Constructed Through Consumer–Researcher Collaboration. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000153>

Shinn, M. (2014). The Capabilities Approach to Transformative Change in Mental Health. In G. Nelson, B. Kloos, & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 75-86). New York: Oxford University Press.

Shinn, M. (2015). Community Psychology and the Capabilities Approach. *American Journal of Community Psychology, 55*, 243-252. doi: 10.1007/s10464-015-9713-3

Simon, J., Anand, P., Gray, A., Rugkasa, J., Yeeles, K., & Burns, T. (2013). Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Social Science & Medicine, 98*, 187-196.

- Swanson, S. J., Courtney, C. T., Meyer, R. H., & Reeder, S. A. (2014). Strategies for Integrated Employment and Mental Health Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 86-89. doi:10.1037/prj0000049
- Thompson, J. B. (2013). Connecting Theory to Practice: Karl Barth, Capability Theory and Psychiatric Social Work. In L. Rambo (Ed.), *Pastoral Psychology* (219-234). doi:10.1007/s11089-012-0463-y
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A Little Goes a Long Way: The Impact of Distal Social Support on Community Integration and Recovery of Individuals with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 52, 84-96. doi:10.1007/s10464-013-9578-2
- Vergunst, F., Jenkinson, C., Burns, T., & Simon, J. (2014). Application of Sen's Capability Approach to Outcome Measurement in Mental Health Research: Psychometric Validation of a Novel Multi-dimensional Instrument (OxCAP-MH). *Human Welfare*, 3, 1-4.
- Ware, 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.
- Yanos, P., Barrow, S., & Tsemberis, S. (2004). Community Integration in the Early Phase of Housing Among Homeless Persons Diagnosed with Severe Mental Illness: Successes and Challenges. *Community Mental Health Journal*, 40(2), 133-150.

7. Anexos

I) Consentimento Informado

Consentimento Informado

Convite

Estamos a convidá-lo/a a participar num estudo dirigido pela Dra. Beatrice Sacchetto, sob orientação científica do Professor Doutor José Ornelas (Área de Psicologia Comunitária, ISPA-IU) e da Professora Doutora Manuela Calheiros (CIS, ISCTE).

É importante que compreenda o objectivo, os procedimentos e o interesse deste estudo.

Leia com atenção esta folha de informação e se desejar, informe-se junto das pessoas da sua confiança ou junto da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que possa ter.

Qual é o propósito do estudo?

Com este estudo, pretendemos validar o Questionário de Capacidades no contexto da Saúde Mental Comunitária (QC-SMC), construído previamente por um painel de investigadores e utilizadores de serviços comunitários de saúde mental.

O questionário pretende medir as capacidades dos utilizadores, interpretadas como domínios para avaliar a qualidade de vida (Nussbaum, 2000).

Qual é o interesse em participar?

Foi convidado/a a participar porque gostaríamos de saber a sua experiência enquanto utilizador/a de organizações de saúde mental na comunidade. Nomeadamente, as capacidades que tem alcançado desde que frequenta os seus serviços.

Isso ajuda-nos a compreender de que forma essas organizações podem ter influência na qualidade de vida das pessoas com problemáticas de saúde mental. Os resultados desta investigação têm como objectivo último contribuir para a melhoria dos serviços prestados, da qual poderá retirar um benefício indirecto.

Como é que vou participar?

A participação consiste no preenchimento de 3 questionários e uma ficha de caracterização individual. O preenchimento deverá durar entre 40 minutos e uma hora e será acompanhado por um membro da equipa de investigação para auxiliar no que for necessário.

Se concordar em participar deverá fornecer o seu consentimento por escrito na folha a seguir (Consentimento de Participação).

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Cabe a si aceitar participar e é livre para abandonar o estudo em qualquer altura. Isso não irá afectar o suporte ou tratamento que recebe.

Contudo, é natural que possa surgir algum desconforto ao falar sobre a sua experiência. Se quiser emitir uma opinião acerca das perguntas formuladas ou da metodologia utilizada, pode contactar para: Dr.^a Beatrice Sacchetto – bsacchetto@ispa.pt.

A minha participação será confidencial?

A sua experiência fará parte da informação recolhida neste estudo e será apresentada de forma global sem identificar os participantes, pelo que se garante a confidencialidade da informação dada. O Consentimento de Participação com a sua assinatura será arquivado em separado dos restantes questionários, os quais receberão um código de identificação. Assim, o seu nome nunca aparecerá em quaisquer relatórios do estudo, comunicações ou publicações.

Exemplar para o/a participante

Consentimento de participação

Projecto: **Validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental** (SFRH/BD/92224/2013)

Nome do/a participante _____ Idade _____

Concordo em participar neste estudo e confirmo que li e compreendi a folha de informação para o estudo supracitado e que tive a oportunidade de colocar questões. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura, sem explicações, e sem que o tratamento, suporte que recebo ou direitos legais sejam afectados. Foi-me totalmente explicado o propósito do estudo, forma de participação e dos procedimentos envolvidos.

Assinatura do/a participante _____ Data ____/____/____

Assinatura do/a investigador/a _____ Data ____/____/____

Exemplar para o projecto

Consentimento de participação

Projecto: **Validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental** (SFRH/BD/92224/2013)

Nome do/a participante _____ Idade _____

Concordo em participar neste estudo e confirmo que li e compreendi a folha de informação para o estudo supracitado e que tive a oportunidade de colocar questões. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura, sem explicações, e sem que o tratamento, suporte que recebo ou direitos legais sejam afectados. Foi-me totalmente explicado o propósito do estudo, forma de participação e dos procedimentos envolvidos.

Assinatura do/a participante _____ Data ____/____/____

Assinatura do/a investigador/a _____ Data ____/____/____

II) Ficha de Caracterização Individual

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

Validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental
SFRH/BD/92224/2013



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

CIS/UIUL
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
E INTERVENÇÃO SOCIAL
Instituto Universitário de Lisboa

Caracterização individual

Geral

- A. Nome da Organização _____
- B. Código de identificação da Organização
- C. Nome do entrevistador/a _____
- D. Data da entrevista _____ / _____ / _____
- E. Código de identificação do participante
- F. Amostra Fórum sócio-ocupacional Housing First Hospital de dia

Dados do entrevistado/a

1. Idade _____ Anos
2. Data de nascimento _____ / _____ / _____
3. Género Homem Mulher
4. Nacionalidade _____
5. Estado civil
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solteiro/a | <input type="checkbox"/> Casado/a |
| <input type="checkbox"/> União de facto | <input type="checkbox"/> Parceiro/a |
| <input type="checkbox"/> Separado/a | <input type="checkbox"/> Divorciado/a |
| <input type="checkbox"/> Viúvo/a | <input type="checkbox"/> Outro (especifique) |
6. Tem filhos? Sim Não

Se respondeu sim, pode-nos indicar quantos, por favor? _____

Habitação

7. Qual é a sua situação habitacional?

Vive numa residência comunitária da organização

Vive numa habitação independente.

Especifique, por favor, que tipo de habitação e com quem vive _____

Vive com familiares.

Especifique, por favor, com quem _____

Outro

Especifique, por favor _____

8. Foi uma escolha sua viver nesta solução habitacional?

Sim

Não

9. Desejaria outra solução habitacional?

Sim

Não

Se respondeu sim, especifique qual, por favor _____

10. Já se encontrou na situação de sem-abrigo?

Sim

Não

Se respondeu sim:

• Pode-nos indicar quanto tempo esteve nessa situação? _____

• Saiu dessa situação através da ajuda da organização?

Sim

Não

Educação

11. Qual é o seu grau de qualificação concluído?

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e/ou escrever

Escolaridade básica 1º ciclo (antiga 4ª classe)

Escolaridade básica 2º ciclo (6º ano ou antigo preparatório)

Escolaridade básica 3º ciclo (9º ano ou antigo 5º do secundário)

Escolaridade secundária (10º, 11º e 12º)

Qualificação profissional (ex: um ofício ou uma competência como cabeleireiro/a; trabalho de secretariado; etc.)

Licenciatura

Estudos Pós-Graduados (Mestrado ou Doutoramento)

Outro (por favor especifique)

12. Actualmente é estudante? Sim Não

Se respondeu não, pode-nos indicar há quanto tempo foi a sua última experiência na escola _____

Se respondeu sim:

• Especifique por favor (que tipo de escola, que tipo de curso, em que área, com outras pessoas da comunidade em geral ou com outras pessoas com problemáticas de saúde mental) _____

• Conseguiu esta experiência de estudo através da organização? Sim Não

• Foi uma escolha sua realizar esta experiência de estudo? Sim Não

13. Desejaria realizar outra experiência de estudo? Sim Não

Se respondeu sim, especifique qual, por favor _____

Formação profissional

14. Frequenta actualmente um curso de formação profissional? Sim Não

Se respondeu sim:

• Especifique por favor (que tipo de curso, em que área, com outras pessoas da comunidade em geral ou com outras pessoas com problemáticas de saúde mental) _____

Emprego

15. Qual é a sua situação profissional?

Empregado/a

Estagiário/a

Voluntário/a

Desempregado/a

Reformado/a de trabalho

Pensão social ou RSI

Outro (especifique) _____

16. Se actualmente não está a desenvolver uma actividade profissional:

• Qual e há quanto tempo foi a sua última experiência de emprego? _____

17. Se actualmente está a desenvolver uma actividade profissional:

• Especifique, por favor (que tipo de empresa, com qual função, com outras pessoas da comunidade em geral ou com outras pessoas com problemáticas de saúde mental) _____

• Conseguiu esta actividade profissional através da organização? Sim Não

• Foi uma escolha sua realizar esta actividade profissional? Sim Não

18. Desejaria realizar outra actividade profissional? Sim Não

Se respondeu sim, especifique qual, por favor _____

Saúde mental

19. Conhece o seu diagnóstico de saúde mental? Sim Não

Se respondeu sim pode, por favor, indicar-nos qual é? _____

20. Que serviços de saúde mental utiliza actualmente? (*assinale as opções que se adequarem*)

Consultas externas (psiquiatria ou psicologia)

Medicamentação psiquiátrica

Unidade de dia no Hospital

Apoio domiciliário

Centro de dia/Fórum sócio-ocupacional

Residência comunitária

Outro. Qual? _____

21. Alguma vez foi internado/a num hospital para tratamento psiquiátrico? Sim Não

Se respondeu sim, quantas vezes? _____

22. Desde que entrou na organização foi internado/a num hospital para tratamento psiquiátrico? Sim Não

Se respondeu sim, quantas vezes? _____

Participação na organização

22. Há quanto tempo frequenta a organização? _____

23. Em que programas/actividades/serviços da organização participa? (*assinale as opções que se adequarem*)
- Actividades ocupacionais (ex. ateliers, artesanato, pintura, escrita, teatro e outras oficinas artísticas)
 - Actividades culturais (ex. visitas a museus ou exposições)
 - Treino de competências de vida diária
 - Psicoterapia de grupo
 - Reuniões comunitárias
 - Grupo de ajuda mútua (encontros de pares, i.e. outras pessoas com problemáticas de saúde mental, sem a presença dos profissionais)

 - Actividade desportiva de grupo, dinamizada pela organização
 - Actividade desportiva individual, conseguida através da organização

 - Residência comunitária
 - Apoio domiciliário

 - Suporte individual dos técnicos da organização, através de um Plano Individual de Recovery
 - Suporte individual dos técnicos da organização, através de um Plano Terapêutico

 - Curso escolar, a decorrer dentro da organização
 - Curso escolar, a decorrer fora da organização com outras pessoas com problemáticas de saúde mental
 - Curso escolar, a decorrer fora da organização com outras pessoas da comunidade em geral

 - Curso de formação profissional, a decorrer dentro da organização
 - Curso de formação profissional, a decorrer fora da organização com outras pessoas com problemáticas de saúde mental
 - Curso de formação profissional, a decorrer fora da organização com outras pessoas da comunidade em geral

 - Inserção profissional, numa empresa com outras pessoas com problemáticas de saúde mental
 - Inserção profissional, numa empresa com outras pessoas da comunidade em geral

 - Outros programs/actividades/serviços? (especifique quais, por favor) _____
-

III) QC-SMC – Questionário das Capacidades para o Contexto da Saúde Mental Comunitária



Validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental
SFRH/BD/92224/2013



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

CISQIUL
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
E INTERVENÇÃO SOCIAL
Instituto Universitário de Lisboa

Questionário das Capacidades para o contexto da Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)

ID-ORG

ID-PART

Data / /

Instruções

Este questionário procura conhecer as suas capacidades alcançadas através do suporte da organização na qual está a participar. Neste sentido, vai encontrar abaixo uma série de afirmações que representam possíveis capacidades que poderá ter alcançado no seu percurso dentro da organização.

Por favor, leia cada afirmação e reflita se é adequada a sua experiência pessoal de ganhos conseguidos.

As opções de resposta são: Consegui totalmente; Consegui parcialmente; Não consegui muito; Não consegui de todo. Também tem uma opção de Não se aplica à minha situação.

Escolha a opção que lhe parece mais adequada e assinala (com uma cruz ou um círculo) o número da escala que representa a sua resposta.

Por favor, tente responder a todas as perguntas. Caso não perceba alguma afirmação, peça apoio à equipa de investigação que irá estar consigo durante o preenchimento.

Que capacidades conseguiu alcançar através do suporte da Organização?

Através do suporte d

consegui:

		Consegui totalmente	Consegui parcialmente	Não consegui muito	Não consegui de todo	Não se aplica à minha situação
1.	... praticar actividade física (ex. caminhadas, exercício físico, actividade desportiva).	4	3	2	1	0
2.	... ser sociável.	4	3	2	1	0
3.	... cumprir os meus compromissos.	4	3	2	1	0
4.	... sentir-me seguro/a em utilizar os transportes públicos.	4	3	2	1	0
5.	... aumentar a minha escolaridade.	4	3	2	1	0
6.	... ter esperança para o meu futuro.	4	3	2	1	0
7.	... sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade.	4	3	2	1	0
8.	... utilizar os locais na comunidade (ex. mercearia, cinema, igreja, cabeleireiro, banco).	4	3	2	1	0
9.	... ter oportunidade de dar apoio aos meus pares (i.e. outras pessoas com experiência de doença mental).	4	3	2	1	0
10.	... ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.	4	3	2	1	0
11.	... organizar-me nas tarefas de casa.	4	3	2	1	0
12.	... conhecer pessoas que não têm doença mental.	4	3	2	1	0
13.	... partilhar experiências com os meus pares (i.e. outras pessoas com experiência de doença mental).	4	3	2	1	0
14.	... conhecer a cidade onde eu moro.	4	3	2	1	0

Através do suporte d_ _____ consegui:

	Conseguí totalmente	Conseguí parcialmente	Não consegui muito	Não consegui de todo	Não se aplica à minha situação
15. ... ter um/a namorado/a.	4	3	2	1	0
16. ... participar nos eventos familiares.	4	3	2	1	0
17. ... ter uma vida saudável.	4	3	2	1	0
18. ... ter acesso ao apoio jurídico quando necessário.	4	3	2	1	0
19. ... assistir a eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	4	3	2	1	0
20. ... sentir-me integrado/a na comunidade.	4	3	2	1	0
21. ... planear o meu futuro.	4	3	2	1	0
22. ... reduzir o número de internamentos.	4	3	2	1	0
23. ... ter confiança em viver uma vida longa.	4	3	2	1	0
24. ... ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	4	3	2	1	0
25. ... ter controlo sobre as actividades do dia a dia.	4	3	2	1	0
26. ... sentir-me bem sozinho/a em casa.	4	3	2	1	0
27. ... contribuir para organizar as actividades da organização.	4	3	2	1	0
28. ... ter controlo sobre alguns aspectos da minha doença mental.	4	3	2	1	0
29. ... ser sócio/a da organização.	4	3	2	1	0
30. ... adquirir respeito pela natureza.	4	3	2	1	0
31. ... estar a vontade em espaços públicos.	4	3	2	1	0
32. ... valorizar as minhas potencialidades.	4	3	2	1	0
33. ... deixar de viver numa estrutura hospitalar.	4	3	2	1	0
34. ... gerir o meu dinheiro.	4	3	2	1	0
35. ... ter sentimentos de pertença à comunidade.	4	3	2	1	0
36. ... melhorar a qualidade da minha alimentação.	4	3	2	1	0
37. ... ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental.	4	3	2	1	0
38. ... ter capacidade de resolver situações de vida.	4	3	2	1	0
39. ... estar alegre.	4	3	2	1	0
40. ... ser autónomo/a na gestão da minha medicação.	4	3	2	1	0
41. ... tornar-me uma pessoa informada.	4	3	2	1	0
42. ... representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental.	4	3	2	1	0
43. ... tornar-me autónomo/a a nível financeiro.	4	3	2	1	0
44. ... ter qualidade de vida.	4	3	2	1	0
45. ... sentir-me aceite pela minha família.	4	3	2	1	0
46. ... melhorar o relacionamento com os/as amigos/as.	4	3	2	1	0
47. ... sentir-me motivado/a para me levantar todos os dias.	4	3	2	1	0
48. ... cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina).	4	3	2	1	0

Através do suporte d _____ consegui:

	Conseguí totalmente	Conseguí parcialmente	Não consegui muito	Não consegui de todo	Não se aplica à minha situação
49. ... reduzir o consumo de tabaco.	4	3	2	1	0
50. ... não ter receio de ser vítima de abuso sexual.	4	3	2	1	0
51. ... participar num grupo de ajuda mútua de pares (i.e. com outras pessoas com experiência de doença mental, sem profissionais).	4	3	2	1	0
52. ... apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	4	3	2	1	0
53. ... desfrutar do ambiente natural.	4	3	2	1	0
54. ... melhorar o relacionamento com os vizinhos.	4	3	2	1	0
55. ... tornar-me independente da minha família.	4	3	2	1	0
56. ... ter oportunidades de cuidar de outras espécies (animais, plantas).	4	3	2	1	0
57. ... ter poder de decisão sobre a minha vida.	4	3	2	1	0
58. ... diminuir as preocupações com a doença mental.	4	3	2	1	0
59. ... sentir-me livre para viver a minha sexualidade.	4	3	2	1	0
60. ... ajustar a minha medicação.	4	3	2	1	0
61. ... ter novos relacionamentos sociais.	4	3	2	1	0
62. ... ser optimista.	4	3	2	1	0
63. ... ter informação acerca das consequências do consumo de tabaco.	4	3	2	1	0
64. ... ocupar a mente com coisas úteis para a minha vida.	4	3	2	1	0
65. ... pagar a renda da minha casa.	4	3	2	1	0
66. ... interagir com os membros da comunidade.	4	3	2	1	0
67. ... ser assertivo/a.	4	3	2	1	0
68. ... ter a liberdade para me expressar como entender.	4	3	2	1	0
69. ... aceder a uma habitação independente.	4	3	2	1	0
70. ... ganhar alegria de viver.	4	3	2	1	0
71. ... ter oportunidades de diversão.	4	3	2	1	0
72. ... sentir-me protegido/a no local onde vivo.	4	3	2	1	0
73. ... deixar de viver com os familiares.	4	3	2	1	0
74. ... expressar a minha criatividade.	4	3	2	1	0
75. ... aceder ao que é necessário para poder votar.	4	3	2	1	0
76. ... aprender a trabalhar em equipa.	4	3	2	1	0
77. ... estar activo/a.	4	3	2	1	0
78. ... participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	4	3	2	1	0
79. ... ter sentido de responsabilidade.	4	3	2	1	0
80. ... desenvolver a minha capacidade intelectual.	4	3	2	1	0

Através do suporte d_ _____ consegui:

	Conseguí totalmente	Conseguí parcialmente	Não consegui muito	Não consegui de todo	Não se aplica à minha situação
81. ... não ter receio de ser vítima de violência.	4	3	2	1	0
82. ... confeccionar as minhas refeições.	4	3	2	1	0
83. ... ter uma rotina satisfatória.	4	3	2	1	0
84. ... ter autoconfiança.	4	3	2	1	0
85. ... aproveitar actividades recreativas.	4	3	2	1	0
86. ... sentir-me emocionalmente equilibrado/a.	4	3	2	1	0
87. ... ter poder sobre a minha vida.	4	3	2	1	0
88. ... melhorar o relacionamento com a minha família.	4	3	2	1	0
89. ... ser membro dos corpos sociais da organização.	4	3	2	1	0
90. ... ser assíduo/a.	4	3	2	1	0
91. ... ter consciência da minha condição física.	4	3	2	1	0
92. ... estar relaxado/a.	4	3	2	1	0
93. ... ter oportunidades de emprego.	4	3	2	1	0
94. ... ter esperança de viver bem.	4	3	2	1	0
95. ... ter sentimentos de empatia.	4	3	2	1	0
96. ... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.	4	3	2	1	0
97. ... ter auto-estima.	4	3	2	1	0
98. ... definir os meus objectivos.	4	3	2	1	0

IV) Outputs do SPSS

Nota: Todos os Outputs do SPSS correspondentes à análise estatística encontram-se num documento pdf, na cópia da dissertação em formato digital.

Anexo IV) Outputs do SPSS

- Estatística Descritiva

Idade

N	Válido	134
	Ausente	0
Média		41,70
Mínimo		19
Máximo		77

Gênero

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Homem	81	60,4	60,4	60,4
	Mulher	53	39,6	39,6	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Grau de qualificação concluído

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não sabe ler nem escrever	7	5,2	5,2	5,2
	Sabe ler e/ou escrever	1	,7	,7	6,0
	Escolaridade básica 1º ciclo (antiga 4ª classe)	12	9,0	9,0	14,9
	Escolaridade básica 2º ciclo (6º ano ou antigo preparatório)	20	14,9	14,9	29,9
	Escolaridade básica 3º ciclo (9º ano ou antigo 5º do secundário)	36	26,9	26,9	56,7
	Escolaridade secundária (10º, 11º e 12º ano)	41	30,6	30,6	87,3
	Licenciatura	11	8,2	8,2	95,5
	Estudos Pós-Graduados (Mestrado ou Doutoramento)	5	3,7	3,7	99,3
	Outro	1	,7	,7	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Grau de Escolaridade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Abaixo do Secundário	76	56,7	56,7	56,7
	Pelo menos o secundário	58	43,3	43,3	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Atualmente é estudante

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	121	90,3	90,3	90,3
	Sim	13	9,7	9,7	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Estuda com a comunidade em geral

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	3	2,2	23,1	23,1
	Sim	10	7,5	76,9	100,0
	Total	13	9,7	100,0	
Ausente	888	1	,7		
	999	120	89,6		
	Total	121	90,3		
Total		134	100,0		

Foi uma escolha realizar esta experiência de estudo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	1	,7	7,1	7,1
	Sim	13	9,7	92,9	100,0
	Total	14	10,4	100,0	
Ausente	999	120	89,6		
Total		134	100,0		

Conseguiu esta experiência de estudo através da organização

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	6	4,5	40,0	40,0
	Sim	9	6,7	60,0	100,0
	Total	15	11,2	100,0	
Ausente	999	119	88,8		
Total		134	100,0		

Desejaria realizar outra experiência de estudo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	80	59,7	59,7	59,7
	Sim	54	40,3	40,3	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Frequenta atualmente um curso de formação profissional

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	120	89,6	90,9	90,9
	Sim	12	9,0	9,1	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Ausente	888	1	,7		
	999	1	,7		
	Total	2	1,5		
Total		134	100,0		

Qual a situação profissional

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Empregado/a	11	8,2	8,2	8,2
	Estagiário/a	4	3,0	3,0	11,2
	Voluntário/a	1	,7	,7	11,9
	Desempregado/a	25	18,7	18,7	30,6
	Reformado/a de trabalho	22	16,4	16,4	47,0
	Pensão social ou RSI	70	52,2	52,2	99,3
	Outro	1	,7	,7	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Encontra-se a trabalhar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	113	84,3	84,3	84,3
	Sim	21	15,7	15,7	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Já trabalhou alguma vez

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca trabalhou	11	8,2	8,3	8,3
	Já trabalhou	122	91,0	91,7	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Ausente	888	1	,7		
Total		134	100,0		

Emprego na comunidade em geral

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	2	1,5	10,5	10,5
	Sim	17	12,7	89,5	100,0
	Total	19	14,2	100,0	
Ausente	999	115	85,8		
Total		134	100,0		

Conseguiu esta experiência de estudo através da organização

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	6	4,5	40,0	40,0
	Sim	9	6,7	60,0	100,0
	Total	15	11,2	100,0	
Ausente	999	119	88,8		
Total		134	100,0		

Foi uma escolha realizar esta experiência de estudo

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	1	,7	7,1	7,1
	Sim	13	9,7	92,9	100,0
	Total	14	10,4	100,0	
Ausente	999	120	89,6		
Total		134	100,0		

Desejaria realizar outra actividade profissional

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	42	31,3	31,6	31,6
	Sim	91	67,9	68,4	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Ausente	888	1	,7		
Total		134	100,0		

- **Consistência Interna do QC-SMC – Questionário das Capacidades para o contexto da Saúde Mental Comunitária**

- Escala Geral

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	15	11,2
	Excluídos ^a	119	88,8
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,967	,971	98

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,089	1,867	3,533	1,667	1,893	,126	98

- Capacidade Vida

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	130	97,0
	Excluídos ^a	4	3,0
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,618	,618	3

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,190	3,162	3,208	,046	1,015	,001	3

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... ter confiança em viver uma vida longa.	6,37	2,297	,365	,133	,603
... ter qualidade de vida.	6,36	2,171	,453	,216	,483
... ter esperança de viver bem.	6,41	1,933	,466	,227	,459

- Capacidade Saúde Física e Mental

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	57	42,5
	Excluídos ^a	77	57,5
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,631	,642	14

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,194	2,526	3,614	1,088	1,431	,104	14

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... praticar actividade física (ex. caminhadas, exercício físico, actividade desportiva).	41,95	28,479	-,024	,190	,665
... ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.	41,26	27,447	,182	,283	,624
... ter uma vida saudável.	41,88	24,395	,406	,474	,587
... reduzir o número de internamentos.	41,11	27,453	,196	,501	,622
... ter controlo sobre alguns aspetos da minha doença mental.	41,51	24,969	,365	,387	,595
... melhorar a qualidade da minha alimentação.	41,51	24,683	,421	,597	,586
... cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina).	41,32	25,506	,336	,499	,601
... reduzir o consumo de tabaco.	42,19	28,266	-,022	,112	,670
... diminuir as preocupações com a doença mental.	41,68	23,327	,455	,445	,574
... ajustar a minha medicação.	41,46	24,645	,371	,435	,593
... ter informação acerca das consequências do consumo de tabaco.	41,12	27,003	,244	,392	,616
... estar activo/a.	41,30	26,999	,220	,387	,619
... ter consciência da minha condição física.	41,35	26,053	,275	,357	,611
... estar relaxado/a.	41,72	25,563	,327	,425	,602

- Capacidade Integridade Física

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	68	50,7
	Excluídos ^a	66	49,3
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,767	,768	6

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,069	2,721	3,456	,735	1,270	,089	6

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... sentir-me seguro/a em utilizar os transportes públicos	14,96	14,610	,398	,292	,759
... estar à vontade em espaços públicos.	15,24	12,750	,570	,499	,718
... não ter receio de ser vítima de abuso sexual.	15,69	11,142	,641	,560	,694
... sentir-me livre para viver a minha sexualidade.	15,41	13,052	,437	,223	,753
... sentir-me protegido/a no local onde vivo.	15,10	12,959	,585	,409	,716
... não ter receio de ser vítima de violência.	15,66	12,973	,454	,422	,748

- Capacidade Sentido, Imaginação e Pensamento

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	113	84,3
	Excluídos ^a	21	15,7
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,792	,799	9

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,074	1,991	3,442	1,451	1,729	,179	9

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... aumentar a minha escolaridade.	25,67	23,597	,189	,117	,822
... valorizar as minhas potencialidades.	24,46	21,465	,576	,397	,759
... tornar-me uma pessoa informada.	24,58	22,514	,414	,207	,781
... ocupar a mente com coisas úteis para a vida.	24,36	22,894	,431	,275	,778
... ser assertivo/a.	24,57	20,141	,676	,590	,743
... ter a liberdade para me expressar como entender.	24,50	20,663	,618	,526	,752
... expressar a minha criatividade.	24,58	20,764	,640	,496	,749
... ter sentido de responsabilidade.	24,22	24,531	,282	,173	,794
... desenvolver a minha capacidade intelectual.	24,38	21,934	,601	,419	,758

- Capacidade Emoções, Sentimentos e Relações Afetivas

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	92	68,7
	Excluídos ^a	42	31,3
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,802	,810	15

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,033	2,163	3,337	1,174	1,543	,095	15

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... ter esperança para o meu futuro.	42,35	52,647	,476	,501	,787
... ter um/a namorado/a.	43,34	53,874	,274	,301	,804
... participar nos eventos familiares.	42,88	55,117	,240	,512	,805
... sentir-me bem sozinho/a em casa.	42,45	50,667	,576	,470	,778
... sentir-me aceito pela minha família.	42,47	52,362	,480	,679	,786
... melhorar o relacionamento com os/as amigos/as.	42,38	53,975	,383	,463	,793
... sentir-me motivado/a para me levantar todos os dias.	42,28	56,535	,186	,279	,807
... tornar-me independente da minha família.	42,78	55,161	,236	,346	,806

... ser otimista.	42,29	51,594	,529	,565	,782
... ganhar alegria de viver.	42,22	53,798	,435	,455	,790
... ter autoconfiança.	42,16	54,116	,442	,450	,790
... sentir-me emocionalmente equilibrado/a.	42,25	51,838	,613	,558	,778
... melhorar o relacionamento com a minha família.	42,38	54,040	,385	,556	,793
... ter sentimentos de empatia.	42,39	53,999	,355	,361	,795
... ter auto-estima.	42,38	49,271	,702	,679	,769

- Capacidade Razão Prática e Reflexão Crítica

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	112	83,6
	Excluídos ^a	22	16,4
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,793	,790	11

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,175	2,991	3,366	,375	1,125	,020	11

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... cumprir os meus compromissos.	31,69	30,901	,412	,300	,780
... organizar-me nas tarefas de casa.	31,59	31,199	,389	,345	,783
... planear o meu futuro.	31,93	30,049	,448	,271	,777
... gerir o meu dinheiro.	31,81	27,847	,591	,426	,759
... ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental.	31,85	28,887	,497	,383	,771
... ter capacidade de resolver situações de vida.	31,90	28,882	,555	,469	,765
... ser autónomo/a na gestão da minha medicação.	31,56	30,212	,388	,288	,783
... ter poder de decisão sobre a minha vida.	31,86	28,304	,559	,380	,764
... confeccionar as minhas refeições.	31,82	29,229	,441	,371	,778
... ter uma rotina satisfatória.	31,63	31,027	,381	,330	,783
... ser assíduo/a.	31,55	32,357	,250	,355	,795

- Capacidade Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	95	70,9
	Excluídos ^a	39	29,1
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,826	,836	14

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,086	2,358	3,474	1,116	1,473	,088	14

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... ser sociável.	40,03	49,967	,501	,420	,812
... sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade.	39,89	52,095	,433	,416	,817
... utilizar os locais na comunidade (ex. mercearia, cinema, igreja, cabeleireiro, banco).	39,74	51,834	,522	,423	,812
... ter oportunidade de dar apoio aos meus pares (i.e. outras pessoas com experiência de doença mental).	40,00	50,979	,438	,425	,816
... conhecer pessoas que não têm doença mental.	40,06	51,975	,322	,315	,825
... partilhar experiências com os meus pares (i.e. outras pessoas com experiência de doença mental).	40,11	49,308	,514	,373	,810
... sentir-me integrado na comunidade.	39,99	49,330	,557	,434	,808

... ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	40,85	51,531	,282	,390	,830
... ter sentimentos de pertença à comunidade.	40,08	49,482	,623	,527	,804
... participar num grupo de ajuda mútua de pares (i.e. com outras pessoas com experiência de doença mental, sem profissionais).	40,67	51,073	,306	,353	,829
... melhorar o relacionamento com os vizinhos.	40,09	51,725	,428	,328	,817
... ter novos relacionamentos sociais.	40,21	47,870	,610	,531	,803
... interagir com os membros da comunidade.	40,11	49,882	,577	,461	,807
... aprender a trabalhar em equipa.	39,89	51,925	,431	,318	,817

- Capacidade Outras Espécies

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	114	85,1
	Excluídos ^a	20	14,9
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,513	,551	3

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,187	2,728	3,509	,781	1,286	,167	3

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... adquirir respeito pela natureza.	6,05	2,776	,419	,228	,307
... desfrutar do ambiente natural.	6,24	2,625	,373	,214	,348
... ter oportunidades de cuidar de outras espécies (animais, plantas).	6,83	2,229	,242	,061	,622

- Capacidade Lazer e Tempos Livres

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	129	96,3
	Excluídos ^a	5	3,7
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,575	,574	3

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,142	3,101	3,194	,093	1,030	,002	3

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... estar alegre.	6,29	2,413	,331	,111	,550
... ter oportunidades de diversão.	6,23	2,195	,393	,165	,460
... aproveitar actividades recreativas.	6,33	2,081	,430	,188	,401

- Capacidade Controlo do Próprio Ambiente

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	29	21,6
	Excluídos ^a	105	78,4
	Total	134	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,814	,820	20

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	2,833	1,862	3,517	1,655	1,889	,219	20

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
... conhecer a cidade onde moro.	53,45	96,970	,169	,611	,817

... ter acesso ao apoio jurídico quando necessário.	53,66	96,020	,235	,781	,814
... assistir a eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	53,86	90,195	,438	,747	,803
... ter controlo sobre as actividades do dia-a-dia.	53,21	96,099	,441	,868	,807
... contribuir para organizar as actividades da organização.	54,10	94,882	,303	,828	,810
... ser sócio/a da organização.	53,86	89,980	,375	,853	,808
... deixar de viver numa estrutura hospitalar.	53,14	97,123	,179	,841	,816
... representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental.	53,93	87,067	,639	,867	,792
... tornar-me autónomo/a a nível financeiro.	53,72	88,707	,574	,784	,796
... apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	54,24	89,618	,464	,764	,802
... pagar a renda da minha casa.	53,97	84,463	,614	,756	,791
... aceder a uma habitação independente.	54,55	89,328	,403	,846	,806
... aprender a trabalhar em equipa.	53,31	92,865	,471	,842	,803
... aceder ao que é necessário para poder votar.	53,72	94,493	,219	,740	,817
... participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	53,83	89,005	,555	,855	,797

... ter poder sobre a minha vida.	53,28	97,993	,181	,858	,815
... ser membro dos corpos sociais da organização.	54,79	94,527	,266	,828	,813
... ter oportunidades de emprego.	54,48	91,116	,414	,669	,805
... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.	54,07	93,567	,292	,721	,812
... definir os meus objetivos.	53,28	93,707	,550	,597	,802

- **Análise Multivariada**

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Dimensão 1 - Vida	,172	123	,000	,901	123	,000
Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	,119	123	,000	,921	123	,000
Dimensão 3 - Integridade Física	,071	123	,200 ⁺	,969	123	,006
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	,094	123	,009	,965	123	,003
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	,069	123	,200 ⁺	,979	123	,056
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	,077	123	,069	,966	123	,004
Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	,061	123	,200 ⁺	,968	123	,005
Dimensão 8 - Outras Espécies	,142	123	,000	,894	123	,000
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	,143	123	,000	,925	123	,000
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	,049	123	,200 ⁺	,990	123	,519

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
... ter sentimentos de pertença à comunidade.	,253	129	,000	,812	129	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.	,210	124	,000	,824	124	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

- **Inferência Estatística**

- Teste T para Grau de Escolaridade e Dimensões de Distribuição Normal

Estadísticas de grupo

	Se tem escolaridade acima do secundário	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Escala Geral	Abaixo do Secundário	4	3,29	,176	,088
	Pelo menos o secundário	11	3,02	,518	,156
Dimensão 3 - Integridade Física	Abaixo do Secundário	75	2,66	,765	,088
	Pelo menos o secundário	57	2,67	,963	,128
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Abaixo do Secundário	75	2,84	,542	,063
	Pelo menos o secundário	58	3,00	,582	,076
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Abaixo do Secundário	75	3,03	,551	,064
	Pelo menos o secundário	56	3,14	,658	,088
Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Abaixo do Secundário	74	2,89	,516	,060
	Pelo menos o secundário	57	3,00	,707	,094
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Abaixo do Secundário	74	2,27	,541	,063
	Pelo menos o secundário	55	2,45	,689	,093

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Escala Geral	Variâncias iguais assumidas	10,136	,007	1,019	13	,327	,275	,270	-,308	,858
	Variâncias iguais não assumidas			1,534	12,992	,149	,275	,179	-,112	,663
Dimensão 3 - Integridade Física	Variâncias iguais assumidas	2,595	,110	-,015	130	,988	-,002	,150	-,300	,295
	Variâncias iguais não assumidas			-,014	104,411	,989	-,002	,155	-,310	,305
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Variâncias iguais assumidas	,162	,688	1,618	131	,108	-,158	,098	-,352	,035
	Variâncias iguais não assumidas			1,603	118,149	,112	-,158	,099	-,354	,037

Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Variância s iguais assumid as	2,243	,13 7	- 1,06 4	129	,289	-,113	,106	-,322	,097
	Variância s iguais não assumid as			- 1,03 7	106,16 8	,302	-,113	,109	-,328	,103
Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitári as	Variância s iguais assumid as	4,911	,02 8	- 1,05 9	129	,291	-,113	,107	-,325	,098
	Variância s iguais não assumid as			- 1,01 8	98,680	,311	-,113	,111	-,334	,107
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambeinte	Variância s iguais assumid as	2,740	,10 0	- 1,65 8	127	,100	-,180	,108	-,394	,035
	Variância s iguais não assumid as			- 1,60 1	99,406	,113	-,180	,112	-,402	,043

- Teste T para Situação de Estudante e Dimensões de Distribuição Normal

Estatísticas de grupo

	Actualmente é estudante	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Escala Geral	Não	14	3,12	,464	,124
	Sim	1	2,65	.	.
Dimensão 3 - Integridade Física	Não	120	2,68	,855	,078
	Sim	12	2,50	,850	,245
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Não	120	2,91	,558	,051
	Sim	13	2,86	,634	,176
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Não	119	3,08	,602	,055
	Sim	12	3,02	,594	,172
Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Não	118	2,94	,607	,056
	Sim	13	2,92	,627	,174
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Não	116	2,34	,577	,054
	Sim	13	2,43	,901	,250

Teste de amostras independentes

	Teste de Levene para igualdade de variâncias	teste-t para Igualdade de Médias								
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Escala Geral	Variâncias iguais assumidas	.	.	,973	13	,348	,467	,480	-,570	1,504

Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Variâncias iguais assumidas	6,325	,013	-,495	127	,622	-,089	,180	-,445	,267
	Variâncias não assumidas			-,348	13,125	,733	-,089	,256	-,640	,462

-Teste T para Situação Profissional e Dimensões de Distribuição Normal

Estatísticas de grupo

	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Escala Geral	Não	11	2,99	,410	,124
	Sim	4	3,36	,553	,277
Dimensão 3 - Integridade Física	Não	111	2,65	,837	,079
	Sim	21	2,77	,946	,207
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Não	113	2,87	,562	,053
	Sim	20	3,13	,532	,119
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Não	111	3,05	,595	,057
	Sim	20	3,21	,617	,138
Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Não	111	2,92	,607	,058
	Sim	20	3,06	,605	,135
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Não	109	2,30	,597	,057
	Sim	20	2,59	,655	,147

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Escala Geral	Variâncias iguais assumidas	,118	,736	1,413	13	,181	-,369	,261	-,933	,195
	Variâncias iguais não assumidas			1,217	4,267	,286	-,369	,303	1,190	,452
Dimensão 3 - Integridade Física	Variâncias iguais assumidas	,090	,764	,611	130	,543	-,124	,203	-,527	,278
	Variâncias iguais não assumidas			,561	26,252	,579	-,124	,221	-,579	,330
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Variâncias iguais assumidas	,038	,847	1,909	131	,058	-,258	,135	-,526	,009
	Variâncias iguais não assumidas			1,984	27,060	,057	-,258	,130	-,525	,009

Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Variâncias iguais assumidas	,035	,851	-1,137	129	,258	-,165	,145	-,453	,122
	Variâncias iguais não assumidas			-1,109	25,793	,278	-,165	,149	-,472	,141
Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Variâncias iguais assumidas	,256	,613	-,988	129	,325	-,146	,147	-,437	,146
	Variâncias iguais não assumidas			-,991	26,376	,331	-,146	,147	-,448	,156
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Variâncias iguais assumidas	1,143	,287	1,951	127	,053	-,288	,148	-,580	,004
	Variâncias iguais não assumidas			1,829	25,129	,079	-,288	,157	-,612	,036

- Teste T para Situação Profissional ao Longo da Vida e Dimensões com Distribuição

Normal

Estatísticas de grupo

	Se nunca trabalhou	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Escala Geral	Nunca trabalhou	1	2,74	.	.
	Já trabalhou	13	3,14	,482	,134
Dimensão 3 - Integridade Física	Nunca trabalhou	11	2,48	,713	,215
	Já trabalhou	120	2,68	,867	,079
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Nunca trabalhou	11	2,79	,488	,147
	Já trabalhou	121	2,92	,572	,052
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Nunca trabalhou	11	2,71	,686	,207
	Já trabalhou	119	3,11	,585	,054
Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Nunca trabalhou	11	2,66	,567	,171
	Já trabalhou	119	2,96	,609	,056
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Nunca trabalhou	9	2,08	,695	,232
	Já trabalhou	119	2,36	,607	,056

Teste de amostras independentes

	Teste de Levene para igualdade de variâncias	teste-t para Igualdade de Médias								
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Escala Geral	Variâncias iguais assumidas	.	.	,779	12	,451	-,390	,500	-1,481	,700

Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Variâncias iguais assumidas	,059	,808	-1,323	126	,188	-,280	,212	-,699	,139
	Variâncias não assumidas			-1,176	8,946	,270	-,280	,238	-,820	,259

- **Estatística Não-Paramétrica**

- Teste Não-Paramétrico para Grau de Escolaridade e Dimensões Não Normais

Classificações

	Se tem escolaridade acima do secundário	N	Postos de média	Soma de Classificações
Dimensão 1 - Vida	Abaixo do Secundário	76	61,70	4689,50
	Pelo menos o secundário	58	75,09	4355,50
	Total	134		
Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Abaixo do Secundário	75	63,51	4763,50
	Pelo menos o secundário	55	68,21	3751,50
	Total	130		
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Abaixo do Secundário	75	64,06	4804,50
	Pelo menos o secundário	57	69,71	3973,50
	Total	132		
Dimensão 8 - Outras Espécies	Abaixo do Secundário	76	68,79	5228,00
	Pelo menos o secundário	58	65,81	3817,00
	Total	134		
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	Abaixo do Secundário	76	65,36	4967,50
	Pelo menos o secundário	58	70,30	4077,50
	Total	134		

Estatísticas de teste^a

	Dimensão 1 - Vida	Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Dimensão 8 - Outras Espécies	Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre		
U de Mann-Whitney	1763,500	1913,500	1954,500	2106,000	2041,500		
Wilcoxon W	4689,500	4763,500	4804,500	3817,000	4967,500		
Z	-2,008	-,703	-,843	-,446	-,739		
Significância Sig. (2 extremidades)	,045	,482	,399	,656	,460		
Sig. Monte Sig.	,045 ^b	,490 ^b	,394 ^b	,658 ^b	,457 ^b		
Carlo (2 extremidades)	Intervalo de Confiança 95%	Limite inferior	,041	,480	,385	,649	,447
		Limite superior	,049	,500	,404	,667	,467
Sig. Monte Sig.		,023 ^b	,245 ^b	,191 ^b	,330 ^b	,228 ^b	
Carlo (1 extremidade)	Intervalo de Confiança 95%	Limite inferior	,020	,237	,183	,320	,220
		Limite superior	,026	,254	,199	,339	,236

a. Variável de Agrupamento: Se tem escolaridade acima do secundário

b. Baseado em 10000 tabelas de amostra com o valor inicial 334431365.

Relatório

Dimensão 1 - Vida

Se tem escolaridade acima do secundário	Média	N	Desvio Padrão
Abaixo do Secundário	3,04	76	,753
Pelo menos o secundário	3,28	58	,696
Total	3,14	134	,736

- Teste Não-Paramétrico para Situação de Estudante e Dimensões Não Normais

Classificações

	Actualmente é estudante	N	Postos de média	Soma de Classificações
Dimensão 1 - Vida	Não	121	67,17	8128,00
	Sim	13	70,54	917,00
	Total	134		
Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Não	118	65,56	7736,50
	Sim	12	64,88	778,50
	Total	130		
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Não	120	66,35	7961,50
	Sim	12	68,04	816,50
	Total	132		
Dimensão 8 - Outras Espécies	Não	121	67,94	8220,50
	Sim	13	63,42	824,50
	Total	134		
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	Não	121	67,34	8148,50
	Sim	13	68,96	896,50
	Total	134		

Estatísticas de teste^a

	Dimensão 1 - Vida	Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Dimensão 8 - Outras Espécies	Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	
U de Mann-Whitney	747,000	700,500	701,500	733,500	767,500	
Wilcoxon W	8128,000	778,500	7961,500	824,500	8148,500	
Z	-,301	-,060	-,147	-,404	-,145	
Significância Sig. (2 extremidades)	,763	,952	,883	,687	,885	
Sig. Monte Sig.	,773 ^b	,952 ^b	,884 ^b	,695 ^b	,890 ^b	
Carlo (2 extremidades) Intervalo de Confiança 95%	Limite inferior	,765	,948	,878	,686	,884
		Limite superior	,782	,957	,890	,704
Sig. Monte Sig.	,393 ^b	,483 ^b	,443 ^b	,346 ^b	,451 ^b	
Carlo (1 extremidade) Intervalo de Confiança 95%	Limite inferior	,383	,473	,433	,336	,441
		Limite superior	,403	,492	,452	,355

- a. Variável de Agrupamento: Actualmente é estudante
 b. Baseado em 10000 tabelas de amostra com o valor inicial 221623949.

- Teste Não-Paramétrico para Situação Profissional e Dimensões Não Normais

Classificações

	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	N	Postos de média	Soma de Classificações
Dimensão 1 - Vida	Não	113	66,49	7513,50
	Sim	21	72,93	1531,50
	Total	134		
Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Não	110	66,38	7302,00
	Sim	20	60,65	1213,00
	Total	130		
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Não	111	65,44	7264,00
	Sim	21	72,10	1514,00
	Total	132		
Dimensão 8 - Outras Espécies	Não	113	67,45	7622,00
	Sim	21	67,76	1423,00
	Total	134		
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	Não	113	67,85	7667,00
	Sim	21	65,62	1378,00
	Total	134		

Estatísticas de teste^a

	Dimensão 1 - Vida	Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Dimensão 8 - Outras Espécies	Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre
U de Mann-Whitney	1072,500	1003,000	1048,000	1181,000	1147,000
Wilcoxon W	7513,500	1213,000	7264,000	7622,000	1378,000
Z	-,708	-,627	-,733	-,034	-,245
Significância Sig. (2 extremidades)	,479	,531	,464	,973	,807
Sig. Monte Sig.	,481 ^b	,537 ^b	,473 ^b	,976 ^b	,816 ^b
Carlo (2 extremidades)					
Intervalo de Confiança 95%					
Limite inferior	,471	,527	,464	,973	,808
Limite superior	,490	,547	,483	,979	,823

Sig. Monte Carlo (1 extremidade)	Sig. Intervalo de Confiança 95%	Limite inferior	,236 ^b	,275 ^b	,234 ^b	,485 ^b	,414 ^b
		Limite superior	,227	,267	,226	,475	,405
			,244	,284	,242	,495	,424

a. Variável de Agrupamento: Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não

b. Baseado em 10000 tabelas de amostra com o valor inicial 2000000.

- Teste Não-Paramétrico para Situação Profissional ao Longo da Vida e Dimensões Não Normais

Classificações

	Se nunca trabalhou	N	Postos de média	Soma de Classificações
Dimensão 1 - Vida	Nunca trabalhou	11	63,95	703,50
	Já trabalhou	122	67,27	8207,50
	Total	133		
Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Nunca trabalhou	11	43,41	477,50
	Já trabalhou	118	67,01	7907,50
	Total	129		
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Nunca trabalhou	11	66,77	734,50
	Já trabalhou	120	65,93	7911,50
	Total	131		
Dimensão 8 - Outras Espécies	Nunca trabalhou	11	63,73	701,00
	Já trabalhou	122	67,30	8210,00
	Total	133		
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	Nunca trabalhou	11	69,73	767,00
	Já trabalhou	122	66,75	8144,00
	Total	133		

Estatísticas de teste^a

	Dimensão 1 - Vida	Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Dimensão 8 - Outras Espécies	Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre
U de Mann-Whitney	637,500	411,500	651,500	635,000	641,000
Wilcoxon W	703,500	477,500	7911,500	701,000	8144,000
Z	-,278	-2,005	-,071	-,298	-,248
Significância Sig. (2 extremidades)	,781	,045	,944	,766	,804
Sig. Monte Sig.	,787 ^b	,043 ^b	,946 ^b	,774 ^b	,807 ^b
Carlo (2 extremidades)					
Intervalo de Confiança 95%					
Limite inferior	,779	,039	,942	,765	,800
Limite superior	,795	,047	,950	,782	,815
Sig. Monte Sig.	,390 ^b	,022 ^b	,467 ^b	,391 ^b	,399 ^b
Carlo (1 extremidade)					
Intervalo de Confiança 95%					
Limite inferior	,380	,019	,457	,381	,389
Limite superior	,400	,024	,477	,400	,408

a. Variável de Agrupamento: Se nunca trabalhou

b. Baseado em 10000 tabelas de amostra com o valor inicial 1535910591.

Relatório

Dimensão 2 - Saúde Física e Mental

Se nunca trabalhou	Média	N	Desvio Padrão
Nunca trabalhou	2,64	11	,547
Já trabalhou	2,96	118	,592
Total	2,93	129	,594

- Teste Não-Paramétrico para Sentimento de Pertença

Classificações

	Se tem escolaridade acima do secundário	N	Postos de média	Soma de Classificações
... ter sentimentos de pertença à comunidade.	Abaixo do Secundário	76	58,35	4434,50
	Pelo menos o secundário	53	74,54	3950,50
	Total	129		

Estatísticas de teste^a

	... ter sentimentos de pertença à comunidade.
U de Mann-Whitney	1508,500
Wilcoxon W	4434,500
Z	-2,584
Significância Sig. (2 extremidades)	,010

a. Variável de Agrupamento: Se tem escolaridade acima do secundário

Relatório

... ter sentimentos de pertença à comunidade.

Se tem escolaridade acima do secundário	Média	N	Desvio Padrão
Abaixo do Secundário	2,87	76	1,037
Pelo menos o secundário	3,36	53	,682
Total	3,07	129	,937

Classificações

	Actualmente é estudante	N	Postos de média	Soma de Classificações
... ter sentimentos de pertença à comunidade.	Não	116	65,00	7540,00
	Sim	13	65,00	845,00
	Total	129		

Estatísticas de teste^a

	... ter sentimentos de pertença à comunidade.
U de Mann-Whitney	754,000
Wilcoxon W	845,000
Z	,000
Significância Sig. (2 extremidades)	1,000

a. Variável de Agrupamento: Actualmente é estudante

Classificações

	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	N	Postos de média	Soma de Classificações
... ter sentimentos de pertença à comunidade.	Não	108	63,44	6851,50
	Sim	21	73,02	1533,50
	Total	129		

Estatísticas de teste^a

	... ter sentimentos de pertença à comunidade.
U de Mann-Whitney	965,500
Wilcoxon W	6851,500
Z	-1,148
Significância Sig. (2 extremidades)	,251

a. Variável de Agrupamento: Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não

Classificações

	Se nunca trabalhou	N	Postos de média	Soma de Classificações
... ter sentimentos de pertença à comunidade.	Nunca trabalhou	11	63,05	693,50
	Já trabalhou	117	64,64	7562,50
	Total	128		

Estatísticas de teste^a

	... ter sentimentos de pertença à comunidade.
U de Mann-Whitney	627,500
Wilcoxon W	693,500
Z	-,145
Significância Sig. (2 extremidades)	,885

a. Variável de Agrupamento: Se nunca trabalhou

- Teste Não-Paramétrico para Oportunidade de se Valorizar Profissionalmente

Classificações

	Se tem escolaridade acima do secundário	N	Postos de média	Soma de Classificações
... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.	Abaixo do Secundário	71	55,62	3949,00
	Pelo menos o secundário	53	71,72	3801,00
	Total	124		

Estatísticas de teste^a

	... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.
U de Mann-Whitney	1393,000
Wilcoxon W	3949,000
Z	-2,566
Significância Sig. (2 extremidades)	,010

a. Variável de Agrupamento: Se tem escolaridade acima do secundário

Relatório

... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.

Se tem escolaridade acima do secundário	Média	N	Desvio Padrão
Abaixo do Secundário	2,44	71	1,239
Pelo menos o secundário	3,02	53	1,009
Total	2,69	124	1,178

Classificações

	Actualmente é estudante	N	Postos de média	Soma de Classificações
... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.	Não	111	61,94	6875,50
	Sim	13	67,27	874,50
	Total	124		

Estatísticas de teste^a

	... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.
U de Mann-Whitney	659,500
Wilcoxon W	6875,500
Z	-,526
Significância Sig. (2 extremidades)	,599

a. Variável de Agrupamento: Actualmente é estudante

Classificações

	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	N	Postos de média	Soma de Classificações
... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.	Não	104	58,14	6046,50
	Sim	20	85,18	1703,50
	Total	124		

Estatísticas de teste^a

	... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.
U de Mann-Whitney	586,500
Wilcoxon W	6046,500
Z	-3,204
Significância Sig. (2 extremidades)	,001

a. Variável de Agrupamento: Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não

Relatório

... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.

Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	Média	N	Desvio Padrão
Não	2,54	104	1,182
Sim	3,45	20	,826
Total	2,69	124	1,178

Classificações

	Se nunca trabalhou	N	Postos de média	Soma de Classificações
... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.	Nunca trabalhou	10	56,80	568,00
	Já trabalhou	113	62,46	7058,00
	Total	123		

Estatísticas de teste^a

	... ter oportunidades de me valorizar profissionalmente.
U de Mann-Whitney	513,000
Wilcoxon W	568,000
Z	-,501
Significância Sig. (2 extremidades)	,616

a. Variável de Agrupamento: Se nunca trabalhou

- Correlações

Correlações

		Se tem escolaridade acima do secundário	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não
Se tem escolaridade acima do secundário	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	1 134	,121 134
Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	,121 134	1 134

Correlações

		Se tem escolaridade acima do secundário	Escala Geral	Dimensão 3 - Integridade Física	Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente
Se tem escolaridade e acima do secundário	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	1 134	-,272 15	,001 132	,140 133	,093 131	,093 131	,146 129
Escala Geral	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	-,272 15	1 15	,843** 15	,904** 15	,800** 15	,912** 15	,900** 15
Dimensão 3 - Integridade Física	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,001 134	,843** 15	1 15	,532** 133	,556** 131	,637** 131	,518** 129

	N	132	15	132	131	130	130	127
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,140	,904**	,532**	1	,702**	,652**	,564**
	N	133	15	131	133	130	130	128
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,093	,800**	,556**	,702**	1	,697**	,654**
	N	131	15	130	130	131	130	127
Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,093	,912**	,637**	,652**	,697**	1	,655**
	N	131	15	130	130	130	131	127
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,146	,900**	,518**	,564**	,654**	,655**	1
	N	129	15	127	128	127	127	129

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlações

			Se tem escolaridade acima do secundário	Dimensão 1 - Vida	Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Dimensão 8 - Outras Espécies	Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre
rô de Spearman	Se tem escolaridade acima do secundário	Coefficiente de Correlação	1,000	,174*	,062	,074	,107	-,039	,064
		Sig. (2 extremidades)	.	,044	,484	,401	,223	,657	,462
		N	134	134	130	132	131	134	134

Dimensão 1 - Vida	Coeficiente de Correlação	,174*	1,000	,507**	,605**	,605**	,413**	,532**
	Sig. (2 extremidades)	,044	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	134	134	130	132	131	134	134
Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Coeficiente de Correlação	,062	,507**	1,000	,594**	,680**	,487**	,530**
	Sig. (2 extremidades)	,484	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	130	130	130	130	130	130	130
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Coeficiente de Correlação	,074	,605**	,594**	1,000	,669**	,540**	,573**
	Sig. (2 extremidades)	,401	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	132	132	130	132	131	132	132
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Coeficiente de Correlação	,107	,605**	,680**	,669**	1,000	,452**	,477**
	Sig. (2 extremidades)	,223	,000	,000	,000	.	,000	,000
	N	131	131	130	131	131	131	131
Dimensão 8 - Outras Espécies	Coeficiente de Correlação	-,039	,413**	,487**	,540**	,452**	1,000	,519**
	Sig. (2 extremidades)	,657	,000	,000	,000	,000	.	,000
	N	134	134	130	132	131	134	134
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	Coeficiente de Correlação	,064	,532**	,530**	,573**	,477**	,519**	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,462	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	134	134	130	132	131	134	134

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlações

		Actualmente é estudante	Escala Geral	Dimensão 3 - Integridade Física	Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Dimensão 10 - Controlo do Ambiente
Actualmente é estudante	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	1	-,261	-,062	-,027	-,027	-,011	,044
			,348	,483	,759	,759	,902	,622
	N	134	15	132	133	131	131	129
Escala Geral	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	-,261	1	,843**	,904**	,800**	,912**	,900**
		,348		,000	,000	,000	,000	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15
Dimensão 3 - Integridade Física	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	-,062	,843**	1	,532**	,556**	,637**	,518**
		,483	,000		,000	,000	,000	,000
	N	132	15	132	131	130	130	127
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	-,027	,904**	,532**	1	,702**	,652**	,564**
		,759	,000	,000		,000	,000	,000
	N	133	15	131	133	130	130	128
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	-,027	,800**	,556**	,702**	1	,697**	,654**
		,759	,000	,000	,000		,000	,000
	N	131	15	130	130	131	130	127
Dimensão 7 -	Correlação de Pearson	-,011	,912**	,637**	,652**	,697**	1	,655**

Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Sig. (2 extremidades)	,902	,000	,000	,000	,000	,000	,000
N		131	15	130	130	130	131	127
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Correlação de Pearson	,044	,900**	,518**	,564**	,654**	,655**	1
N	Sig. (2 extremidades)	,622	,000	,000	,000	,000	,000	
N		129	15	127	128	127	127	129

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlações

		Actualmente é estudante	Dimensão 1 - Vida	Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Dimensão 8 - Outras Específicas	Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre
rô de Spearman	Actualmente é estudante	1,000	,026	-,005	,013	-,032	-,035	,013
	Coefficiente de Correlação	.	,764	,952	,884	,715	,688	,886
	Sig. (2 extremidades)							
N		134	134	130	132	131	134	134
Dimensão 1 - Vida	Coefficiente de Correlação	,026	1,000	,507**	,605**	,605**	,413**	,532**
	Sig. (2 extremidades)	,764	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	134	134	130	132	131	134	134
Dimensão 2 - Saúde	Coefficiente de Correlação	-,005	,507**	1,000	,594**	,680**	,487**	,530**
	Sig. (2 extremidades)							
	N							

Física e Mental	Sig. (2 extremidades)	,952	,000	.	,000	,000	,000	,000
N		130	130	130	130	130	130	130
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	,013	,605**	,594**	1,000	,669**	,540**	,573**
N		132	132	130	132	131	132	132
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	-,032	,605**	,680**	,669**	1,000	,452**	,477**
N		131	131	130	131	131	131	131
Dimensão 8 - Outras Espécies	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	-,035	,413**	,487**	,540**	,452**	1,000	,519**
N		134	134	130	132	131	134	134
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	,013	,532**	,530**	,573**	,477**	,519**	1,000
N		134	134	130	132	131	134	134

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlações

		Se os utilizador es tem algum tipo de emprego ou não	Escal a Geral	Dimensã o 3 - Integrida de Física	Dimensão 5 - Emoções, Sentiment os e Relações Afectivas	Dimens ão 6 - Razão Prática e Reflexã o Crítica	Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitári as	Dimens ão 10 - Controlo do Próprio Ambieint e
Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidade s) N	1 134	,365 ,181 15	,053 ,543 132	,165 ,058 133	,100 ,258 131	,087 ,325 131	,171 ,053 129
Escala Geral	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidade s) N	,365 ,181 15	1 15	,843** ,000 15	,904** ,000 15	,800** ,000 15	,912** ,000 15	,900** ,000 15
Dimensão 3 - Integridade Física	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidade s) N	,053 ,543 132	,843** ,000 15	1 ,000 132	,532** ,000 131	,556** ,000 130	,637** ,000 130	,518** ,000 127
Dimensão 5 - Emoções, Sentimento s e Relações Afectivas	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidade s) N	,165 ,058 133	,904** ,000 15	,532** ,000 131	1 ,000 133	,702** ,000 130	,652** ,000 130	,564** ,000 128
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidade s) N	,100 ,258 131	,800** ,000 15	,556** ,000 130	,702** ,000 130	1 ,000 131	,697** ,000 130	,654** ,000 127
Dimensão 7 -	Correlação de Pearson	,087	,912**	,637**	,652**	,697**	1	,655**

Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Sig. (2 extremidades)	,325	,000	,000	,000	,000	,000	,000
N		131	15	130	130	130	131	127
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Correlação de Pearson	,171	,900**	,518**	,564**	,654**	,655**	1
N	Sig. (2 extremidades)	,053	,000	,000	,000	,000	,000	
N		129	15	127	128	127	127	129

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlações

	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	Dimensão 1 - Vida	Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Dimensão 8 - Outras Espécies	Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	
Dimensão 1 - Vida	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	1,000	,061	-,055	,064	,100	,003	-,021
	Coeficiente de Correlação		,481	,533	,466	,257	,973	,808
	Sig. (2 extremidades)							
	N	134	134	130	132	131	134	134
Dimensão 2 - Saúde	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	,061	1,000	,507**	,605**	,605**	,413**	,532**
	Coeficiente de Correlação			,000	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)							
	N	134	134	130	132	131	134	134
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Se os utilizadores tem algum tipo de emprego ou não	-,055	,507**	1,000	,594**	,680**	,487**	,530**
	Coeficiente de Correlação							
	Sig. (2 extremidades)							
	N							

Física e Mental	Sig. (2 extremidades)	,533	,000	.	,000	,000	,000	,000
N		130	130	130	130	130	130	130
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	,064	,605**	,594**	1,000	,669**	,540**	,573**
N		132	132	130	132	131	132	132
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	,100	,605**	,680**	,669**	1,000	,452**	,477**
N		131	131	130	131	131	131	131
Dimensão 8 - Outras Espécies	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	,003	,413**	,487**	,540**	,452**	1,000	,519**
N		134	134	130	132	131	134	134
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	-,021	,532**	,530**	,573**	,477**	,519**	1,000
N		134	134	130	132	131	134	134

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlações

		Se nunca trabalhou	Escala Geral	Dimensão o 3 - Integridade e Física	Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Dimensão o 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Dimensão 7 - Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Dimensão o 10 - Controlo do Próprio Ambiente
Se nunca trabalhou	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	1 133	,220 ,451 14	,062 ,479 131	,064 ,465 132	,185* ,035 130	,138 ,119 130	,117 ,188 128
Escala Geral	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	,220 ,451 14	1 15	,843** ,000 15	,904** ,000 15	,800** ,000 15	,912** ,000 15	,900** ,000 15
Dimensão 3 - Integridade Física	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	,062 ,479 131	,843** ,000 15	1 132	,532** ,000 131	,556** ,000 130	,637** ,000 130	,518** ,000 127
Dimensão 5 - Emoções, Sentimentos e Relações Afectivas	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	,064 ,465 132	,904** ,000 15	,532** ,000 131	1 133	,702** ,000 130	,652** ,000 130	,564** ,000 128
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades) N	,185* ,035 130	,800** ,000 15	,556** ,000 130	,702** ,000 130	1 131	,697** ,000 130	,654** ,000 127
Dimensão 7 -	Correlação de Pearson	,138	,912**	,637**	,652**	,697**	1	,655**

Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias	Sig. (2 extremidades)	,119	,000	,000	,000	,000	,000	,000
N		130	15	130	130	130	131	127
Dimensão 10 - Controlo do Próprio Ambiente	Correlação de Pearson	,117	,900**	,518**	,564**	,654**	,655**	1
N	Sig. (2 extremidades)	,188	,000	,000	,000	,000	,000	
		128	15	127	128	127	127	129

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlações

		Se nunca trabalhou	Dimensão 1 - Vida	Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Dimensão 8 - Outras Espécies	Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre
rô de Spearman	Se nunca trabalhou	1,000	,024	,177*	-,006	,182*	,026	-,022
	Coeficiente de Correlação		,782	,044	,944	,038	,767	,805
	Sig. (2 extremidades)							
	N	133	133	129	131	130	133	133
Dimensão 1 - Vida	Coeficiente de Correlação	,024	1,000	,507**	,605**	,605**	,413**	,532**
	Sig. (2 extremidades)	,782		,000	,000	,000	,000	,000
	N	133	134	130	132	131	134	134

Dimensão 2 - Saúde Física e Mental	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	,177*	,507**	1,000	,594**	,680**	,487**	,530**
	N	129	130	130	130	130	130	130
Dimensão 4 - Sentido, Imaginação e Pensamento	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	-,006	,605**	,594**	1,000	,669**	,540**	,573**
	N	131	132	130	132	131	132	132
Dimensão 6 - Razão Prática e Reflexão Crítica	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	,182*	,605**	,680**	,669**	1,000	,452**	,477**
	N	130	131	130	131	131	131	131
Dimensão 8 - Outras Espécies	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	,026	,413**	,487**	,540**	,452**	1,000	,519**
	N	133	134	130	132	131	134	134
Dimensão 9 - Lazer e Tempo Livre	Coefficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)	-,022	,532**	,530**	,573**	,477**	,519**	1,000
	N	133	134	130	132	131	134	134

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).