



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Contributos para a validação do Questionário das Capacidades Alcançadas
em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)**

Fernanda Valentim

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 Psicologia Clínica

2019

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Prof. Doutor José Henrique Ornelas, apresentada no
ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de
Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José H. Ornelas, não somente pela orientação, mas por ter me dado a oportunidade de experienciar a inquietação e a delícia que é a prática da Psicologia Comunitária.

À Professora Doutora Maria João Vargas Moniz, pela oportunidade de colaboração e por ter me acolhido no início da minha jornada.

À Beatrice Sacchetto, pelo apoio e disponibilidade.

À minha mãe, pelo colo sempre presente, mesmo que distante.

À minha irmã, companheira eterna.

Aos meus padrinhos, pelo carinho e por me ajudarem a trilhar esse meu caminho.

Ao Kyriakos Destounis, meu amuleto da sorte.

Por fim, aos membros da AEIPS, por terem me ensinado tanto durante a nossa convivência.

É com alegria tão profunda. É uma tal aleluia. Aleluia, grito eu, aleluia que se funde com o mais escuro uivo humano da dor da separação mas é grito de felicidade diabólica. Porque ninguém me prende mais. Continuo com capacidade de raciocínio – já estudei matemática que é a loucura do raciocínio – mas agora quero o plasma – quero me alimentar diretamente da placenta. Tenho um pouco de medo: medo ainda de me entregar pois o próximo instante é o desconhecido. O próximo instante é feito por mim? Fazemo-lo juntos com a respiração. E com uma desenvoltura de toureiro na arena.

(Clarice Lispector)

RESUMO

É vasta a literatura que apresenta a abordagem das capacidades como tendo o potencial de contribuir como uma estrutura avaliativa teórica rica e apta a analisar e orientar os serviços de saúde mental de base comunitária, propulsionando uma mudança no sistema e restaurando a agência, os papéis sociais valorizados e a integração comunitária. Este estudo examina as propriedades psicométricas e apresenta os resultados preliminares da validação de um instrumento, denominado Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC), criado para perceber em que medida os serviços de saúde mental comunitária promovem o florescimento de capacidades em seus utilizadores, sendo essas capacidades interpretadas como domínios para avaliar a qualidade de vida. Os dados foram recolhidos em organizações de saúde mental comunitária abrangendo uma amostra de 203 pessoas com experiência de doença mental. A consistência interna foi comprovada através dos altos valores apresentados pelo alfa de Cronbach, representado pelas suas seis dimensões. A validade de construto foi evidenciada por intermédio das diversas correlações feitas com os instrumentos World Health Organization Quality of Life – Versão Abreviada (WHOQOL-Bref), Psychological Distress Scale (K6), Recovery Assessment Scale (RAS) e pelo Empowerment Scale (BUES). O Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC) apresentou propriedades psicométricas válidas, no entanto, serão necessários estudos futuros para a sua validação completa. A validação completa contribuirá para a avaliação da efetividade dos programas promovidos pelos serviços de saúde mental e para a promoção de esforços de mudança na área da saúde mental comunitária.

Palavras-Chave: Abordagem das Capacidades, Serviços de Saúde Mental Comunitários, Instrumentos, Validação

ABSTRACT

There is a vast literature that presents the capabilities approach as having the potential to contribute as a rich theoretical evaluative framework that is able to analyze and guide community-based mental health services, driving change in the system and restoring agency, valued social roles, and community integration. This study examines the psychometric properties and presents the preliminary results of an instrument validation called Achieved Capabilities Questionnaire for Community Mental Health, designed to understand the extent to which community mental health services promote the flourishing of their users' capabilities. These capabilities are interpreted as domains for assessing quality of life. Data were collected from community mental health organizations, comprising a sample of 203 people with experience of mental illness. The internal consistency of the instrument was proved by the high values presented by Cronbach's alpha, represented by its six dimensions. Construct validity was evidenced by the various correlations made with other measures like the World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref), Psychological Distress Scale (K6), Recovery Assessment Scale (RAS) and Empowerment Scale (BUES). The Achieved Capabilities Questionnaire for Community Mental Health showed valid psychometric properties, however further studies will be required for its full validation. A complete validation will contribute to the evaluation of the effectiveness of programs promoted by mental health services. Such an endeavor can motivate and guide change efforts in the area of community mental health.

Keywords: Capacity Approach, Community Mental Health Services, Instruments, Validation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1.1 A Abordagem das Capacidades	2
1.1.1 As noções de “capacidades” e de “funções”: interações e implicações	4
1.1.2 O que são capacidades básicas?	5
1.2 Os contributos da Abordagem das Capacidades para a Saúde Mental Comunitária	7
1.2.1 Agência e bem-estar	9
1.2.2 A importância dos conceitos de empowerment e recovery.....	10
1.3 Contextualizando a Saúde Mental em Portugal	12
1.4 A Medida das Capacidades: Percursos e Procedimentos	15
1.4.1 A importância da abordagem colaborativa	16
1.4.2 Operacionalização da abordagem das capacidades	17
2. QUESTIONÁRIO DAS CAPACIDADES ALCANÇADAS EM SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA (QC-SMC)	17
2.1 Enquadramento teórico do Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária	18
2.2 A construção do QC-SMC: O trabalho realizado previamente.....	18
3. MÉTODO	20
3.1 Delineamento e análise de dados	20
3.2 Participantes	20
3.3 Instrumentos utilizados	21
3.4 Procedimentos	24
4. RESULTADOS	25
4.1 Análise de dados descritivos	25
4.2 Análise psicométrica dos dados	31
4.2.1 Cálculo da Consistência Interna (α de Cronbach)	32
4.2.1.1 Otimismo	32
4.2.1.2 Afiliação	33
4.2.1.3 Ativismo	33
4.2.1.4 Razão Prática	34

4.2.1.5 Auto-suficiência e Auto-determinação	34
4.2.1.6 Família	34
4.3 Análise Correlacional (r de Pearson)	34
4.4 Situação Habitacional	36
5. DISCUSSÃO	37
6. CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS.....	43
ANEXOS	48
Anexo 1: Consentimento Informado	49
Anexo 2: Caracterização Individual	51
Anexo 3: Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)	56
Anexo 4: World Health Organization Quality of Life – Versão Abreviada (WHOQOL-Bref)	58
Anexo 5: Psychological Distress Scale (K6).....	60
Anexo 6: Recovery Assessment Scale (RAS)	61
Anexo 7: Empowerment Scale (BUES).....	62
Anexo 8: Outputs	63

Lista de Tabelas

Tabela 1: As dimensões do QC-SMC com seus respectivos itens	21
Tabela 2: Organizações em que foi aplicado o QC-SMC	24
Tabela 3: Principais características sócio-demográficas da amostra	25
Tabela 4: Características em termos de saúde mental	27
Tabela 5: Gráfico relativo ao tempo de frequência nos serviços de saúde mental comunitária ..	28
Tabela 6: Programas promovidos pelos serviços	30
Tabela 7: Quadro de referência da Consistência Interna (α de Cronbach) para cada uma das dimensões no estudo anterior, QC-SMC (90 itens) (Sacchetto et al., 2018), e no estudo atual QC-SMC (48 itens)	32
Tabela 8: Correlações entre o QC-SMC e os diversos instrumentos	35
Tabela 9: ANOVA das diferentes situações habitacionais e as seis dimensões do QC-SMC	36

Lista de Figuras

Figura 1: Esquema da ampliação do conjunto de recursos para grupos e indivíduos em desvantagem permitindo o acesso a funções socialmente valorizadas	8
---	---

INTRODUÇÃO

A limitação da liberdade de escolha e a falta de autodeterminação encontra-se reproduzida em muitos níveis na vida das pessoas com experiência em doença mental. Em estudo realizado por Connel et al. (2014) constatou-se que os aspectos percebidos, pelas pessoas com experiência de doença mental, como mais importantes para a qualidade de vida, são: boas relações pessoais, sentimento de pertença e aceitação, autopercepção, autonomia e liberdade de escolha e sentimento de esperança. Esses dados evidenciam a importância de compreender a liberdade de escolha, não somente como um elemento constitutivo do desenvolvimento, mas um valioso instrumento para avaliar a eficácia de esforços através do fomento de agência pessoal (Ibrahim, 2003).

O trabalho progressivo de mudanças no âmbito da saúde mental acabou por acarretar alterações na orientação dos serviços proporcionados para pessoas com experiência de doença mental, que anteriormente recebiam intervenções centradas em instituições e agora passam a ter intervenções mais centradas na comunidade (Nelson, Kloos & Ornelas, 2014). Tais modificações implicam uma nova forma mais complexa e multifacetada de planejar e avaliar os serviços.

É vasta a literatura que apresenta a abordagem das capacidades como tendo o potencial de contribuir como uma estrutura avaliativa teórica rica e apta a analisar melhor intervenções complexas em assistência social e saúde pública (Simon et al., 2013, 2018; Coast & Michell, 2015; Lorgelly, Lorimer, Fenwick, Briggs, 2008, 2015; Vergunst et al, 2017). A abordagem das capacidades seria, portanto, capaz de oferecer uma forma de orientar os serviços de saúde mental propulsionando uma mudança no sistema, restaurando a agência, os papéis sociais valorizados e a integração comunitária (Davidson, et al. 2009; Ware, et al. 2008). A operacionalização dos princípios para além do discurso implica também que padrões e práticas possam ser observados, medidos e analisados pelos serviços, de forma a encorajá-los a utilizar os dados para a melhoria e desenvolvimento dos seus programas.

Este trabalho está integrado em um projeto subsidiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, de referência PTDC/PSI-PCL/113301/2009, intitulado “Fostering Capabilities and Integration of People with Mental Illness: the role of a Community-based Organizations”, do qual resultou na elaboração de um estudo sobre a criação e validação de uma escala, com referência SFRH/BD/92224/2013, realizado pela Beatrice Sacchetto e denominado Validação e Adaptação

Transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental.

A presente dissertação tem como intuito examinar as propriedades psicométricas e apresentar os resultados preliminares de um instrumento criado para perceber em que medida os serviços de saúde mental comunitária promovem o florescimento de capacidades em seus utilizadores, capacidades essas interpretadas como domínios para avaliar a qualidade de vida (2000).

A primeira parte desse estudo fornece uma base teórica sobre a Abordagem das Capacidades e a sua importância para a Saúde Mental Comunitária. A segunda parte vai relatar o trabalho de construção e desenvolvimento do Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC). Em seguida, será explicitado o método utilizado na aplicação do instrumento e consecutivamente serão apresentados os resultados das análises psicométricas do mesmo. As secções finais discutem as relações existentes entre os resultados encontrados e a literatura pesquisada. É importante ressaltar que essa dissertação foi redigida em português do Brasil.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A Abordagem das Capacidades

A escolha da abordagem das capacidades como proposta de reestruturação na área da Saúde Mental Comunitária deve-se ao fato da mesma pressupor a necessidade de uma relação equilibrada na sociedade, da avaliação do funcionamento da sua organização e das condições de bem-estar individual e social. Tal abordagem foi introduzida por Amartya Sen no início dos anos 80 como uma alternativa à economia utilitária de bem-estar padrão (Sen, 1982), dado que a classificação do bem-estar baseada no utilitarismo e bens primários oferecia muito pouca atenção à diversidade do ser humano. Sen, por sua vez, argumentou contra essa cegueira parcial dessa estrutura avaliativa, e propôs uma nova forma de avaliar o bem-estar, dessa vez em termos de agência e da liberdade de escolha dos indivíduos para que esses levem “o tipo de vida que valorizam e têm razão para valorizar” (1999, p.18). Para isso, os resultados não podem ser o único objeto das avaliações de

bem-estar, é preciso que as capacidades (coisas que as pessoas são livres de fazer ou ser) também sejam incluídas na avaliação geral do bem-estar de uma pessoa.

A abordagem das capacidades procura avaliar não apenas os recursos da pessoa ou a utilidade e satisfação descontextualizadas associadas a esses bens e serviços, mas a importância das coisas que as pessoas são capazes de fazer ou de ser como resultado de obter esses recursos - as capacidades e oportunidades sociais que esses recursos geram (Petros, et al., 2016). Para que se atinja o bem-estar, é necessário que oportunidades reais surjam para as pessoas com intuito de converter aquilo que elas são capazes de ser e fazer em resultados alcançáveis.

Esta abordagem teve grande influência na economia do desenvolvimento e levou à criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em 1990, que mede os níveis de desenvolvimento nacional usando uma estatística composta pela renda nacional, educação e expectativa de vida (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 1990). As pessoas passam a estar no centro do discurso do desenvolvimento e são vistas como os meios e fins do desenvolvimento. O processo de desenvolvimento em si é conceituado como a ampliação das escolhas e capacidades das pessoas ajudando-as a alcançar as vidas que eles têm razão para valorizar (Sen, 1999).

Os conceitos centrais da abordagem das capacidades incluem seu pluralismo, o respeito pela implicação/atuação da pessoa em seu processo, e o fato de que o processo importa, assim como os resultados. O pluralismo surge porque as capacidades que as pessoas têm razão para valorizar são, em sua maioria, não comensuráveis. Este pluralismo demonstra que a política de desenvolvimento precisa ser direcionada para múltiplos objetivos, e a avaliação dessa aquisição/progresso deve ser multidimensional (Stewart, 2017). A segunda característica essencial da abordagem - o respeito pela agência - requer que as pessoas tenham controle sobre as suas próprias vidas, escolham seus próprios objetivos, tenham liberdade de escolha. O terceiro requisito decorre em parte da importância dada à implicação (agência): cada pessoa é vista como um elemento importante no processo coletivo.

Um conjunto de recursos reflete os vários pacotes funcionais que um indivíduo tem a liberdade de escolher para alcançar a vida que ele ou ela tem razão para valorar (Sen, 1987, 1992). A conversão de capacidades e sua disponibilidade dependem não apenas de recursos, mas também de vários fatores de conversão social, econômica, cultural, política e pessoal que podem ser influenciados por políticas de desenvolvimento. Essas escolhas que foram alcançados com sucesso

são chamadas de funções. Funcionamentos, portanto, representam o que o indivíduo conseguiu ser ou fazer, enquanto as capacidades são as várias oportunidades que ele ou ela pode escolher (Sen, 1987).

1.1.1 As noções de “capacidades” e de “funções”: interações e implicações

Os principais constituintes da abordagem das capacidades são as funções e as capacidades, portanto, para compreendermos melhor a complexidade da abordagem será preciso, primeiramente, olharmos com atenção a terminologia utilizada por Amartya Sen e Martha Nussbaum.

Segundo terminologia original de Sen (1992) as funções são os "ser e fazer" de uma pessoa, enquanto que as capacidades de uma pessoa são as várias combinações de funções que uma pessoa pode alcançar. A capacidade é, portanto, um conjunto de combinações de funções, representado pela liberdade da pessoa de conduzir um tipo de vida ou outra (Sen, 1992). Segundo Sen, a capacidade consiste em uma combinação de funções possíveis e alcançáveis.

Os funcionamentos de uma pessoa e sua capacidade estão intimamente relacionados, mas distintos, como ilustra a seguinte citação:

“Funções são uma conquista, enquanto uma capacidade é a habilidade de alcançar. Os funcionamentos são, de certo modo, mais diretamente relacionados às condições de vida, uma vez que, eles são esses diversos aspectos das condições de vida. Capacidades, em contraste, são noções de liberdade, no sentido positivo: as oportunidades reais que você tem em relação à vida que você pode levar.” (Sen, 1987,p.36)

Sen usou o termo capacidade para o que poderia ser chamado de conjunto de recursos. A capacidade de uma pessoa consiste em uma gama de funções possíveis, das quais uma combinação específica de funcionamento poderia ser escolhida.

Em *Women and Human Development*, Martha Nussbaum define as capacidades humanas como o que as pessoas são realmente capazes de fazer e ser. Nussbaum (2011) faz uma distinção entre três outras noções para desmembrar o conceito de capacidades humanas: capacidades básicas, capacidades internas e capacidades combinadas. O termo capacidades básicas refere-se ao

equipamento inato dos indivíduos, que é preciso para desenvolver as capacidades mais avançadas, como a capacidade da fala e da linguagem, que está presente em um recém-nascido, mas precisa ser estimulada antes que possa evoluir para uma verdadeira capacidade. Capacidades internas são o aspecto interno das capacidades, estão inerentes à própria pessoa e são indispensáveis para a realização das suas próprias funções. Se uma mulher tem as pré-condições físicas de caminhar, poderá ou não ser capaz de dar uma volta. Uma vez que depende, por exemplo, se essa mulher está legalmente autorizada a sair de casa sem um parente do sexo masculino, ou se a violência em seu bairro a impede de sair a determinado horário por medo da violência. Se as condições externas adequadas estiverem em vigor, pode-se pensar em capacidades combinadas, que segundo a autora seria a associação organizada de capacidade individuais.

Funções são a realização ativa de um ou mais recursos. O “ser e fazer” que são as conseqüências ou realizações de capacidades (Nussbaum, 2011). Assim, na terminologia de Nussbaum, funções está em relação as capacidades como um resultado em relação a uma oportunidade.

1.1.2 O que são as capacidades básicas?

Sen (1992) define capacidade básica como a capacidade de satisfazer certos funcionamentos elementares e crucialmente importantes até certos níveis. As capacidades básicas referem-se à liberdade de fazer algumas coisas básicas consideradas necessárias para a sobrevivência e para evitar ou escapar da pobreza ou de outras privações graves. A relevância das capacidades básicas é não tanto na classificação dos padrões de vida, mas na decisão de um ponto de corte com o propósito de avaliar a pobreza e a privação (Sen, 1987).

Sen (1993) sugeriu exemplos de funções propondo que algumas seriam elementares ou de importância central, como nutrir-se adequadamente, ter boa saúde, escapar da morbidade e da mortalidade. Outras podem ser mais complexas, como alcançar o respeito próprio, ser socialmente integrado, ser feliz, participar da vida da comunidade. O autor, por sua vez, enfatiza o fato de que são os indivíduos que avaliarão subjetivamente a importância das diferentes funções. Entretanto, ao ser questionado a respeito das funções mais importantes a serem protegidas, sua definição permanece ambígua.

Nussbaum, por sua vez, ao questionar “what does a life worthy of a human dignity require?” (Nussbaum, 2011, p.32) desenvolve uma lista de dez capacidades centrais que têm o status de direitos. De acordo com a idéia de Nussbaum sobre um mínimo de justiça social, essas capacidades centrais precisam ser protegidas até um certo nível limiar. São elas:

- 1) Vida - Ter a esperança de viver durante um longo período de tempo com os requisitos necessários a uma vida humana normal.
- 2) Saúde Física e Mental – Ter a consciência da sua saúde física e mental, ter acesso a comida de qualidade, abrigo e a saúde.
- 3) Integridade Física – Sentir-se em segurança nos ambientes que o rodeiam e sentir-se livre para expressar-se sexualmente.
- 4) Sentidos, 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 – Ter uma visão positiva em relação ao seu entorno e o seu futuro, englobando uma boa auto-estima e autoconfiança e também as relações de suporte.
- 6) Razão Prática e Reflexão Crítica – Construir uma visão crítica para conseguir definir as suas escolhas e planos de vida.
- 7) Afiliação, Interações Sociais e Comunitárias – Apresentar sentimentos de respeito por si próprio e pelo outro, estabelecendo relações sociais que envolvam todo o tipo de pessoas na comunidade o que vem a promover o sentimento de pertença.
- 8) Outras espécies – Interessar-se e preocupar-se com animais, plantas e natureza.
- 9) Lazer e Tempo Livre – Ter oportunidades de diversão e de participação em atividades recreativas.
- 10) Controle do Próprio Ambiente – Conseguir envolver-se na comunidade a nível educacional, habitacional e profissional. Além de ter a consciência de seus direitos cívicos, políticos e organizacionais, tornando-se assim, uma pessoa ativa na comunidade.

As dimensões propostas na estrutura de Nussbaum (2011) servem como base e cabe a cada comunidade a adaptação segundo o seu contexto local.

É a oportunidade de cada indivíduo poder explorar as suas capacidades que faz com que o mesmo possa adquirir os recursos e conhecimentos necessários para conseguir uma vida social, econômica e física adequada. Levando-se 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.

1.2 Os contributos da Abordagem das Capacidades para a Saúde Mental Comunitária

A perspetiva apresentada na secção anterior aponta para a responsabilidade institucional e social para remoção de barreiras e pela criação de condições favoráveis para a promoção de capacidades individuais. A abordagem das capacidades é particularmente relevante para grupos que enfrentam desafios, uma vez que, pessoas em situação de desvantagem podem precisar de mais apoio institucional e social para atingir o mesmo nível de capacidades que as pessoas mais favorecidas (Shinn, 2015). Compreende-se que as situações de desvantagem são o resultado de uma multiplicidade de fatores, nomeadamente: isolamento social, falta de poder, discriminação e dificuldades acrescidas no acesso aos recursos básicos da sociedade, como o emprego, a habitação, a educação e o rendimento. Foi dada grande atenção à população de pessoas com experiência em doença mental (Davidson, Ridgway, Wieland e O'Connell, 2009; Hopper, 2007; Shinn, 2015, Brunner, 2017).

A vida das pessoas com experiência em doença mental é caracterizada por constantes desafios nas questões de direitos humanos, o que acarreta limitações no acesso a bens, serviços e direitos, representando um processo de empobrecimento pessoal e social, que agravado com a discriminação acaba por reduzir substancialmente as competências e capacidades dessas pessoas. Assim sendo, podemos apreender que existem fatores pessoais, sociais e estruturais que influenciam o florescimento das capacidades.

Na perspectiva das capacidades as disparidades sociais ocorrem devido as privações decorrentes de componentes de carácter mais contextual, ou seja, não é somente as potencialidades individuais, mas é também levado em consideração o âmbito das condições sociais e materiais que contribuem para uma plena participação cívica.

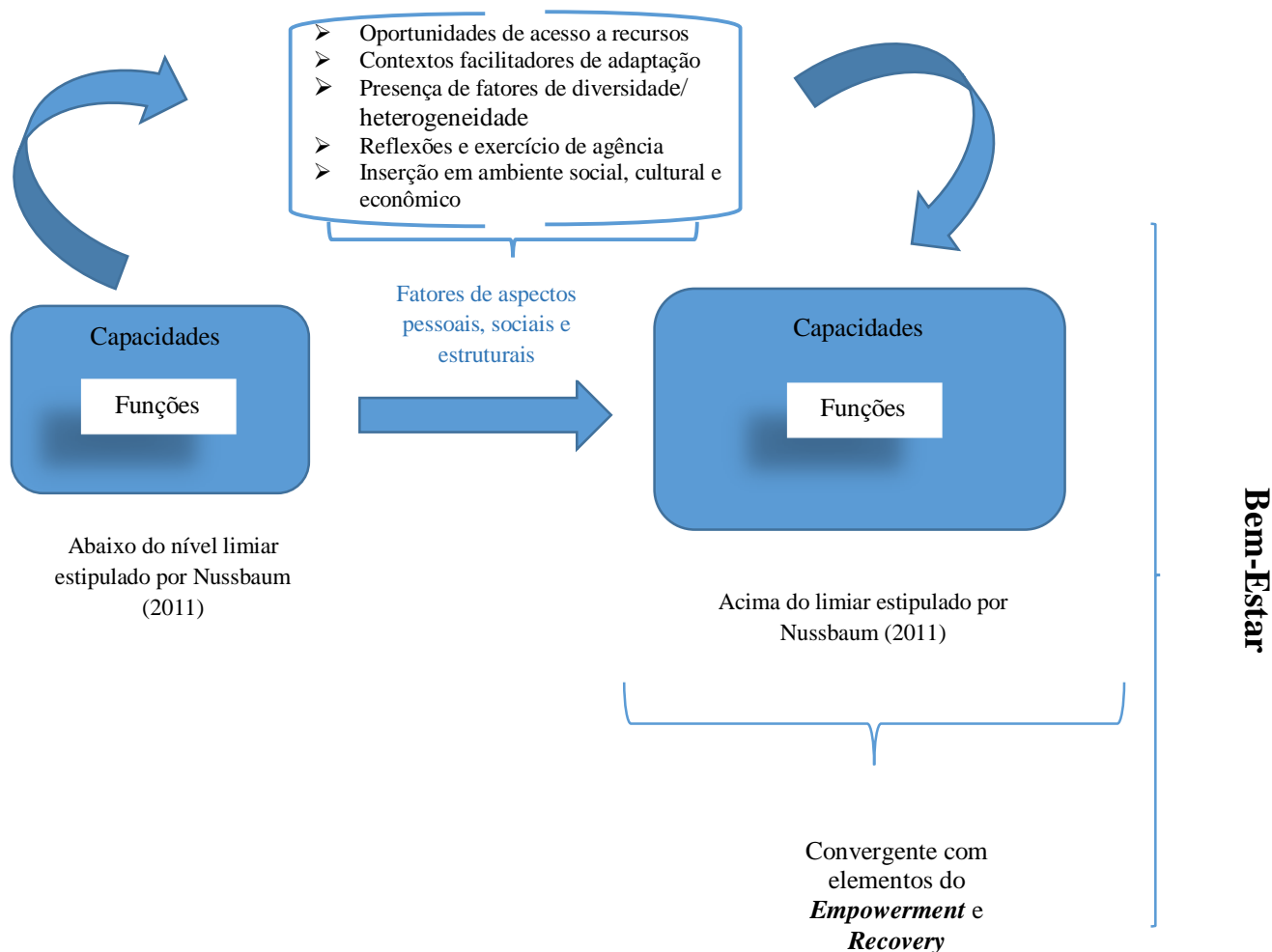


Figura 1: Esquema da ampliação do conjunto de recursos para grupos e indivíduos em desvantagem permitindo o acesso a funções socialmente valorizadas.

O diagrama (Figura 1) tem como finalidade fornecer uma noção da intenção normativa da abordagem das capacidades, que tem como objetivo a ampliação de funções e capacidades das pessoas em situação de desvantagem, criando espaços e oportunidades para que ocorra a transição de uma realidade mais restritiva para uma de maior amplitude (deslocando-as da esquerda para a direita). Na abordagem das capacidades alega-se que os fatores pessoais, sociais e estruturais de conversão precisam trabalhar em conjunto para permitir que uma pessoa vá da esquerda para a direita, expandindo suas capacidades e funções. No entanto, o diagrama mostra que tal expansão é influenciada pelos recursos que o indivíduo possui, adaptação, diversidade/ heterogeneidade,

agência e o ambiente social, cultural e econômico em que está inserido (Robeyns, 2005; Sen, 1992; Nussbaum, 2000; 2011)

Compreende-se, portanto, que as capacidades estão diretamente relacionadas com os contextos sociais, políticos, econômicos e culturais dos quais as pessoas estão inseridas. Dessa forma, uma estrutura social organizada de forma justa precisa oferecer aos seus membros as alternativas necessárias para desenvolverem as suas potencialidades e realizarem as escolhas que melhor vão de encontro as suas expectativas. Ter diferentes opções de escolha torna-se um referencial decisivo para que as relações entre as pessoas assim como as organizações das demais instancias da sociedade ocorram de forma equitativa (Zambam, 2014).

1.2.1 A agência e o bem-estar

Sen (1992) postula que possuir uma boa vida é, em parte, ter uma vida em que se faça escolhas genuínas, não sendo forçado a uma vida em particular, por mais rica que seja em outros aspectos. Essa liberdade exercida autonomamente é denominada agência e um aspecto central da natureza humana, pois é através do exercício da nossa agência, ao fazer escolhas e a viver a vida que valorizamos, que nos tornamos verdadeiramente humanos. A escolha da palavra traduzida ao invés do termo “agency” na língua inglesa deu-se pelo fato da palavra estar relacionada com o verbo agir, e em seu sentido filosófico, representa necessariamente a capacidade de um agente de intervir em seu contexto

A agência é de extrema importância para as pessoas com experiência em doença mental, dado todo seu histórico de tratamento forçado baseado no modelo médico, da coerção e da violência sofrida, da perda de liberdade e autonomia. Davidson, et al. (2009) nos fala dessa submissão à verdade absoluta do médico exigindo da pessoa que abandone o “erro de ser louco”, em um caminho para a “cura”, para que assim, possam voltar à suas vidas em comunidade. A abordagem das capacidade afirma exatamente o contrário, que é somente através da participação na vida comunitária e da autodeterminação que as pessoas com experiência em doença mental irão adquirir os recursos necessários para gerenciar suas condições, rejeitando por completo essa noção padrão de doença versus saúde. Ao perceber essas pessoas como os principais protagonistas de suas vidas, a abordagem das capacidades encoraja o indivíduo a recuperar sua liberdade e, assim, passar de receptor passivo de decisões políticas, para aquele que irá definir o que é melhor para si.

Na condição de agente, além de buscar pelo bem-estar, a pessoa com experiência de doença mental acaba por participar efetivamente na construção da organização da sociedade em que vive, uma vez que, produz modificações nas relações de poder através da sua participação mais ativa. Essa forma de estar e se posicionar acarreta a promoção dos processos de *empowerment* e *recovery*.

1.2.2 A importância dos conceitos de *empowerment* e *recovery*

O papel que a pessoa com experiência em doença mental deve desempenhar no sistema de saúde mental é uma questão central para o processo de *recovery*. O mesmo pode ser compreendido como um processo de fortalecimento pessoal que ocorre através do controle das pessoas sobre as decisões importantes que afetam suas vidas, uma maior participação comunitária e da (re) aquisição de papéis sociais significativos (Ornelas, 2008). Evidências empíricas sugerem que a maioria das pessoas com experiência em doença mental passam por uma jornada de recuperação pessoal, desafiando perspectivas tradicionais que vêem essas pessoas como dependentes de apoio e incapazes de alcançar um funcionamento adaptativo e alta qualidade de vida (Davidson, et al., 2009).

Compreende-se que o *recovery* não significa a remissão dos sintomas, mas sim um processo preocupado com objetivos de vida, esperança para o futuro, apoio individualizado e *empowerment* do usuário. Estudos reconhecem o contexto comunitário como o melhor cenário para que esse processo ocorra (Jorge Monteiro, et al., 2014). É preciso chamar atenção para a importância do *empowerment* no processo de *recovery*. Rappaport (1987) definiu o *empowerment* como o processo ou um mecanismo através do qual as pessoas, as organizações e as comunidades podem assumir o controle sobre as suas próprias vidas. Por sua vez, Cattaneo e Goodman (2015) definiram o *empowerment* como sendo um estabelecimento de metas significativas orientadas para aumentar o poder daquele indivíduo, tomando iniciativas, ou fazendo progresso em direção a um objetivo e desenvolvendo consciência do impacto das suas ações sobre si mesmo e sobre o social. A promoção de *empowerment* perpassa pela criação de contextos em que as pessoas isoladas ou silenciadas possam ser compreendidas, tenham voz e influência sobre as decisões que lhe dizem diretamente respeito ou que, de algum modo, afetem as suas vidas.

A abordagem das capacidades vai de encontro aos princípios dos modelos de *empowerment* e *recovery*, visto o papel central dado a agência. Para que o *empowerment* ocorra, as pessoas com

experiência em doença mental precisam ser ativas no seu processo de tomada de decisão, escolhendo quais atividades seguir em vez de aceitarem programas pré-estabelecidos passivamente (Sacchetto, et al., 2018). A possibilidade dessas pessoas definirem e liderarem seus processos de *recovery* contribui profundamente para o desenvolvimento de mudanças no sistema de saúde mental, pois implica uma transformação do papel do profissional. Os profissionais de saúde mental devem primeiro identificar os interesses e as escolhas dos consumidores e, posteriormente, facilitarem o acesso a diversidade de papéis socialmente relevantes (Hopper, 2007). Cogita-se que o *recovery* é melhor impulsionado em ambientes naturais, que proporcionam oportunidades de crescimento e aprendizagem mediante a alianças comunitárias, e o acesso aos recursos para a realização de atividades significativas (Davidson, et al., 2009).

Abogados tradicionais mostram-se padronizadas em comparação com a estrutura transformadora dos serviços voltados ao *recovery*, tendendo a revelar uma visão limitada da integração comunitária das pessoas com experiência em doença mental e não levando em consideração o seu potencial para contribuir para a comunidade e a sociedade em geral. Estudiosos reconhecem a integração comunitária como prática transformadora e fundamental (Nelson, et al., 2014; Davidson, et al., 2009; Jorge Monteiro, et al., 2016; Ornelas, 2008).

A integração comunitária se insere aqui como um elemento de extrema importância, pois é através dela que a pessoa com experiência em doença mental encontra a oportunidade para viver uma vida plena na comunidade e exercer a cidadania por meio do acesso aos direitos fundamentais (Nelson, et al., 2017; Ornelas, et al. 2014). A integração comunitária foi concebida como um conceito multidimensional relacionando fatores físicos, sociais e psicológicos (Jorge Monteiro, et al., 2014). Entretanto, não estar internado em hospital psiquiátrico ou usar instalações comunitárias não é suficiente para ser considerado integrado na comunidade, é preciso avançar para uma visão mais transformadora da integração comunitária. A abordagem das capacidades vem ao encontro dessa ampliação de percepção, uma vez que a mesma valoriza a agência pessoal e a multiplicidade de escolhas em contextos sociais (Davidson, et al., 2009) Na abordagem das capacidades, o bem-estar e a qualidade de vida estão situados no núcleo dos processos sociais.

Fatores sociais têm um impacto crucial à medida que as posições e papéis dos indivíduos influenciam seu acesso a oportunidades e meios para exercer a liberdade (Smith e Seward, 2009). Assim, as características pessoais podem facilitar e promover recursos individuais ou, ao contrário, interferir negativamente no processo de desenvolvimento de recursos. Constata-se, portanto, que

estruturas sociais que visam atender às populações vulneráveis devem, por conseguinte, fornecer apoio específico para promover as capacidades de seus utentes, estabelecendo um serviço que fomente o potencial individual estimule o *empowerment* (Jorge Monteiro, et al., 2014).

A abordagem das capacidades foi adotada como uma estrutura avaliativa rica para analisar as intervenções de assistência social e saúde pública tomando como foco os deficits no sistema e não nos indivíduos (Lorgelly, et al., 2015). A abordagem das capacidades sugere uma análise profunda do sistema, das suas políticas e estruturas, com o intuito de identificar quais barreiras contextuais persistem, e de contribuir na reflexão sobre o papel dos consumidores no planejamento, entrega e avaliação de serviços (Sacchetto, et al., 2018). Assim, o estigma e a exclusão social podem ser superados através de oportunidades de integração, cidadania e o envolvimento em papéis sociais valorizados (Ware et al., 2008). Da mesma forma, a dependência dos utentes e a resistência dos profissionais em compartilhar o poder podem ser substituídas pela agência e o controle das pessoas dentro do sistema de saúde mental (Sacchetto et al., 2016).

As políticas de desinstitucionalização e o fortalecimento dos utilizadores dos serviços de saúde mental, implicou na passagem das intervenções institucionais para intervenções de base comunitária, tanto no âmbito do tratamento como no do suporte social. Para melhor compreendermos essas transformações que acarretaram na adoção do processo de *recovery* como objetivo primordial dos serviços de saúde mental a próxima secção apresenta um breve apanhado do processo de reestruturação da saúde mental em Portugal.

1.3 Contextualizando a Saúde Mental em Portugal

Somente no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, é que as críticas e denúncias de maus tratos e desumanidades ocorridas dentro dos manicômios irão se expandir e exigir mudanças no tratamento psiquiátrico. A Reforma Psiquiátrica surge do entendimento de que o hospital psiquiátrico não faz aquilo que teoricamente se propõe a fazer, que é a recuperação de seus internos.

A experiência de reforma psiquiátrica italiana, britânica e a norte-americana serviram de modelo para o processo de transformação português. Tal movimento pressupunha que as condições de existência determinam configurações de vida e que o problema da relação entre médico e paciente tem o significado da natureza das relações inter-humanas presentes na sociedade. As

novas mudanças de paradigma trazidos por esses movimentos de desinstitucionalização abarcavam a necessidade de um serviço individualizado e elaborado à medida das necessidades apresentadas pelos seus utentes, a importâncias dos serviços estarem integrados na comunidade, evitando o máximo as hospitalizações. Ou seja, essas experiências levaram em consideração na análise o manicômio e a psiquiatria, além das relações de exploração e opressão presentes na sociedade.

Compreendeu-se que a essência do problema não se encontrava na doença em si, mas sim nas suas causas, e no relacionamento estabelecido com os profissionais, que era influenciado pela condição econômica e social do doente. O tratamento somente seria possível se o doente estivesse livre e estabelecesse com os profissionais um relacionamento baseado no respeito mútuo (Ornelas, 2008).

Segundo Ornelas (2008), a experiência italiana que deu início à chamada psiquiatria democrática, trouxe para a discussão um novo posicionamento diante das relações de poder, um novo olhar sobre as necessidades sociais daquela pessoa internada e uma preocupação na intervenção terapêutica após a sua saída dos espaços de reclusão. Esse processo foi fundamental para o surgimento, mais tarde, da Psicologia Comunitária.

A Psicologia Comunitária emerge na década de 60 em meio a um cenário de mudanças sociais e uma maior consciência social e política, o movimento dos sobreviventes psiquiátricos ganhando força, e no bojo dessas novas configurações temos algumas importantes alterações no âmbito da saúde mental. Um grande marco para a sua emergência foi a criação da Lei Kennedy, em 1963, que “defendia a reintegração dos doentes mentais na comunidade e apelava à adoção de uma perspectiva preventiva do sofrimento humano e à promoção de uma visão positivada da saúde mental” (Ornelas, 2008, p.31). Em consequência, criou-se os Centros de Saúde Mental Comunitários que desempenharam um papel decisivo na criação de um novo paradigma de intervenção na comunidade.

A saúde mental comunitária surge, então, como resposta às tensões sociais geradas pelos movimentos dos direitos civis. A doença entendida anteriormente como algo eminentemente pessoal passou a ser vista como responsabilidade do sistema social em proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento individual (Ornelas, 2008), ou seja, o tratamento e a reabilitação das pessoas com experiência em doença mental é agora de responsabilidade comunitária. Temos a partir desse momento a criação de novas abordagens relacionadas com o tratamento e reabilitação dos doentes mentais que até então se encontravam nos hospitais psiquiátricos. Segundo Ornelas

(2008), o movimento trouxe para discussão o tratamento desumano e precário que as pessoas com experiência em saúde mental recebiam, e defendia o fim do isolamento em instituições distantes por longos períodos de tempo e o investimento em uma assistência inserida em suas respectivas comunidades.

A entrada da Lei nº 36/98 em vigor em 1998 trouxe um novo foco nos direitos das pessoas com experiência em doença mental e estabeleceu os princípios de organização dos serviços de saúde mental.

Embora Portugal tenha implementado mudanças significativas na reestruturação do sistema de saúde mental, o mesmo ainda baseia-se em dois pilares: as instituições psiquiátricas de grande porte, que detêm a maioria dos recursos e consumidores, e as estruturas baseadas na comunidade, principalmente organizações sem fins lucrativos em todo o país (Sacchetto et al., 2018).

Em 2006, foi publicado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) para a implementação de reformas na política de saúde mental, a proposta é a passagem dos serviços centrados nos hospitais psiquiátricos para os serviços centrados na comunidade e integrados no sistema de saúde geral. O *recovery*, a participação em comunidade, a cidadania e a colaboração do consumidor no planejamento dos serviços foram apresentados como valores centrais. Com base nessas idéias, o Decreto Lei 8/2010 define princípios orientadores para as respostas de suporte comunitário, como a promoção de uma vida independente e um papel ativo na comunidade, o respeito pelos direitos cívicos, políticos, econômicos, sociais e culturais para o efetivo exercício da cidadania plena, fortalecendo as habilidades e capacidades das pessoas com problemas de saúde mental.

Mesmo com tais diretrizes implementadas muitos desses serviços de saúde mental comunitária estão ainda em fase de transição da implementação de intervenções centradas na instituição para intervenções centradas na comunidade (Nelson, Kloods & Ornelas, 2014), enfrentando desafios a fim de tornarem-se mais eficientes na promoção da integração social e do exercício de cidadania das pessoas com experiência em doença mental (Ware, 2008). O *recovery* refere-se a um nível de cidadania, que pressupõe a participação social em conformidade com os direitos, responsabilidades e parecerias encontradas em contextos comunitários naturais (Ornelas et al., 2014; Davidson et al., 2009).

De acordo com Cattaneo e Goodman (2015) o caminho para o *empowerment* pessoal depende muito dos fatores contextuais e da autodeterminação como conceito central. O papel dos

serviços na promoção de *empowerment* é de impulsionar as pessoas a estabelecerem seus próprios objetivos, ajudando-as a superar os obstáculos para a concretização daquilo que elas escolheram valorizar. Nesse sentido, é oferecido o suporte gerador de mudanças pessoais, que contribui para as pessoas com experiência em doença mental estabelecerem objetivos de vida e terem o desejo de realizá-los. Segundo Corrigan et al. (2004) o estabelecimento de objetivos pessoais e a esperança para o futuro são dimensões fundamentais para o processo de *recovery*.

Em um estudo realizado por Jorge Monteiro et al. (2016) constatou-se que alguns dos serviços comunitários de saúde mental ainda seguem abordagens institucionais e intervenções padronizadas, mostrando-se pouco adaptadas as necessidades e interesses dos utentes contribuindo para a segregação e exclusão social de pessoas com experiência de doença mental, e dificultando o desenvolvimento de papéis sociais valorizados. Alguns serviços foram classificados como tendo uma orientação de baixo índice de *recovery*, concentrando-se em, por exemplo, habitações de grupo e um programas de competência diária; enquanto que outros serviços foram identificadas como tendo uma orientação de alto índice de *recovery* fornecendo programas eficazes para integração social, como por exemplo, a habitação independente e o emprego apoiado.

Assim sendo, podemos afirmar que embora tenham sido implementadas diretrizes para a prática, os serviços ainda são fornecidos de várias maneiras que promovem ou falham na promoção de capacidades do utente (Sacchetto, et al., 2018).

1.4 A medida das capacidades: percursos e procedimentos

As muitas facetas da abordagem das capacidades criam desafios para a sua medição. Além disso, o quadro de capacidades envolve vários elementos teóricos (Robeyns, 2005) que podem ser escolhidos dependendo do objetivo e contexto da pesquisa, podendo haver estudos que focalizam naquilo que a pessoas podem alcançar (as capacidades em si) ou nas capacidades alcançadas (funcionamentos) (Sacchetto, et al., 2018). Sen (2004) concentra-se no amplo conceito de capacidade como oportunidade, no entanto, o mesmo afirma que é mais fácil estudar os funcionamentos para se conseguir avaliar o bem-estar. De fato, a qualidade de vida consiste em realizar feitos e ser-se aquilo que quer em domínios da vida que aquela pessoa escolheu valorizar (Davidson et al., 2009).

A autoavaliação através do uso de medidas auto-referidas reduz a dependência de profissionais e promove o *empowerment* dos usuários (Minkler & Wallerstein, 2008). Autores como Hopper (2007) e Verkerk et al. (2001) argumentam que qualquer aplicação das capacidades deve começar com uma definição de funções valorizadas e pesquisa qualitativa para identificar quais funções incluir. A colaboração com a população-alvo garante que os funcionamentos definidos reflitam as capacidades que as pessoas valorizam e gostariam de alcançar (Sacchetto et al., 2016). Assim, a lista geral de Nussbaum (2000) serve como um guia para adaptação de capacidades contextualizadas.

1.4.1 A importância da abordagem colaborativa

No campo da saúde mental, a participação surge como um recurso para a emancipação e fortalecimento das pessoas com experiência de doença mental, representando uma oportunidade para essas pessoas tomarem ou compartilharem o controle sobre o sistema, ao invés de receberem intervenções profissionais passivamente (Jones et al., 2014).

A adoção de uma abordagem colaborativa favorece a participação das pessoas com experiência de doença mental, envolvendo-as no processo “do fazer” dando voz e reconhecimento a essa população historicamente oprimida (Rappaport, 1987). A inclusão das pessoas com experiência de doença mental nas práticas e nos processos de pesquisa acarreta a promoção de *empowerment* (Bigby & Frawley, 2010), ao respeitar e valorizar seus conhecimentos experienciais, consequentemente, contribui para a diminuição do desequilíbrio de poder existente entre os utilizadores e os profissionais de saúde mental, uma vez que, esses profissionais recebem um poder considerável em virtude de sua educação e treinamento, poder esse, não declarado, mas que repercute nas relações de controle.

Além da participação em pesquisas, os utilizadores têm o direito de estarem envolvidos nos processos de implementação e avaliação dos serviços (Chamberlin, Anthony e Farkas, 2005). Entretanto, existe pouca evidência de que isso ocorra na prática, por esse motivo, muitas vezes, os serviços voltados para as pessoas com experiência de doença mental acabam por não responder as suas necessidades (Rose et al., 2011; Thornicroft e Tansella, 2010).

1.4.2 Operacionalização da abordagem das capacidades

Em um estudo de larga escala, Anand et al., (2009) utilizou-se da lista de capacidades desenvolvida por Nussbaum (2000) para a criação de um questionário de 64 itens, posteriormente, seu questionário foi aprimorado e reduzido para 18 itens (OCAP-18) para a avaliação de intervenções de saúde pública na Escócia (Lorgelly et al, 2015). A redução foi realizada após discussão em “focus group” composto exclusivamente por profissionais e centrado mais em deficits do que conquistas. Foi realizada também uma adaptação para a avaliação em saúde mental produzida através de estudo englobando 172 pessoas com experiência de doença mental inseridas no “Community Treatment Order (CTO), dando origem ao OxCAP-MH (Vergunst et al., 2018).

Tais aplicações feitas a partir da listagem de Nussbaum (2000) usaram questões pré-estabelecidas e propuseram uma estrutura unifatorial, que está em tensão com a natureza multidimensional da abordagem das capacidades. Nussbaum (2011) afirma que capacidades não podem ser negociadas uma pela outra.

Ademais, a maioria das medidas existentes foram realizadas pelos tidos como “especialistas” sem incluir as perspectivas dos consumidores (Rose et al., 2011). Thornicroft e Tansella (2010) destacam a importância de uma medida valorizada pelo usuário, ou seja, uma medida que reflita os valores e experiências da maioria dos utilizadores, especialmente nas áreas de satisfação, qualidade de vida e adequação dos serviços.

A estudo apresentado aqui expõe a validação parcial de uma medida multidimensional de auto-relato de capacidades alcançadas (funcionamentos) elaborada através da abordagem colaborativa com os utilizadores de serviços de saúde mental, denominada Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC).

2. Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC): processo de validação do instrumento

A secção que se segue irá descrever mais detalhadamente o processo de construção do instrumento que este estudo busca analisar, relatando suas diversas etapas de desenvolvimento, assim como, a apreensão da escolha dos referencias teóricos utilizados na sua elaboração.

2.1 Enquadramento teórico do Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)

O modelo teórico subjacente ao desenvolvimento do Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC) é a abordagem das capacidades, desenvolvido por Sen (1982) e, posteriormente, por Nussbaum (2000), como mencionado, anteriormente, neste trabalho.

Tendo como objetivo final a melhoria da qualidade de vida e a promoção da justiça social, a abordagem das capacidades caracteriza-se como uma abordagem do desenvolvimento humano, assumindo uma importância considerável nas ciências humanas e sociais (Nussbaum & Sen, 1993; Robeyns, 2005, Sen, 1982, Sacchetto et al., 2018). Sacchetto, et al. (2016, 2018) utilizou-se da abordagem das capacidades e dos modelos de *recovery* e *empowerment* como referenciais teóricos para a criação de um instrumento quantitativo e multidimensional que tem como intuito avaliar até que ponto os serviços promovem a aquisição de capacidades em seus usuários, beneficiando-se disso como uma ferramenta crítica para uma mudança transformadora no sistema de saúde mental, reorientando os programas para ajudar seus utentes a realizar e serem aquilo que eles desejarem e valorizarem.

O processo de contextualização da lista de capacidades de Nussbaum (2000), para o sistema de saúde mental levou à elaboração de seis dimensões de capacidades, adaptadas às pessoas com experiência em doença mental, são elas: otimismo, afiliação, ativismo, razão prática, auto-suficiência e auto-determinação, família (Sacchetto, et al. 2018).

2.2 A construção do QC-SMC: o trabalho realizado previamente

Com a finalidade de promover a agência pessoal e retirá-los do papel de usuários passivos dos serviços, a construção do questionário utilizou-se da colaboração de utentes de serviços comunitários de saúde mental que envolveram-se de forma ativa nas diversas fases de desenvolvimento do instrumento e na avaliação de conteúdo (Sacchetto, et al., 2016).

Uma primeira fase do estudo envolveu uma amostra de 50 usuários dos serviços de saúde mental comunitária que, por meio da realização de focus groups, forneceram o material para a construção do questionário. Posteriormente, um grupo de utentes e dois pesquisadores analisaram

o material emergente dos focus groups e criaram, com base nisso, uma lista de itens, em concordância com a lista de Nussbaum (2000) (Ornelas, et al., 2012).

A participação ativa dos utentes nas diversas fases de construção do questionário favoreceu a criação de um instrumento de pesquisa com itens representativos à realidade das pessoas com experiência em doença mental, uma vez que se baseia na perspectiva e experiência de *recovery* dos próprios utentes. Assim, formou-se um grupo de oito especialistas, composto por três usuários dos serviços de saúde mental da Rede Nacional de Pessoas com Experiência de Doença Mental, três profissionais da área de saúde mental comunitária voltada para o *recovery* e dois pesquisadores universitários da área comunitária (Sacchetto, et al., 2016). O júri recebeu a primeira versão do QC-SMC composta por 104 itens organizados nas 10 capacidades desenvolvidas por Nussbaum (2000), com a tarefa de avaliar a relevância dos itens em relação às capacidades designadas, garantindo adequada compreensão das questões e reduzindo qualquer ambiguidade. Desta primeira versão, 29 itens foram modificados, 2 itens foram adicionados, 8 itens foram eliminados, surgindo a segunda versão do questionário composta por 98 itens (Sacchetto, et al. 2016).

As opções de resposta consistem em uma escala tipo Likert de 4 a 1, em que 4 significa “Alcansei Totalmente” e 1 significa “Não Alcancei de Todo”, com a possibilidade de atribuir uma pontuação 0 nos casos em que o item “Não se Aplica” a situação vivenciada pela pessoa. Na versão posterior, de 48 itens, essa opção é retirada devido aos missings que comprometem a validação.

O instrumento foi administrado a uma amostra de 332 indivíduos ($n = 332$). Após a realização da análise estatística, 8 itens foram eliminados, 3 dos quais obtiveram baixos níveis de confiabilidade no teste-reteste (Sacchetto, et al., 2018).

Finalmente, através de uma Análise Fatorial Exploratória um modelo de 48 itens surgiu organizado em 6 dimensões (Otimismo, Afiliação, Ativismo, Razão Prática, Auto-uficiência e Auto-determinação e Família).

No presente trabalho utilizou-se a última versão do instrumento, constituída de 48 itens, em suas aplicações. A análise psicométrica dos resultados aqui apresentados contribuem para o processo da Análise Fatorial Confirmatória do instrumento, necessária para a validação do mesmo. Após essa etapa final, o instrumento estará pronto para ser utilizado na população portuguesa e contribuirá para avaliação dos serviços de saúde mental de base comunitária na promoção de aquisição de novas capacidades.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento e análise de dados

O presente estudo pretende contribuir para validação através da análise das propriedades psicométricas de uma medida denominada “Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária” e perceber em que dimensão os serviços comunitários de saúde mental contribuem em seus contextos o florescimento das capacidades dos seus utilizadores.

Como mencionado anteriormente, este é um estudo integrado em um projeto de doutoramento elaborado pela Beatricce Sacchetto, intitulado de Validação e Adaptação Transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental, com orientação do Professor Doutor José Ornelas.

3.2 Participantes

Foi realizado um estudo englobando 203 participantes (n=203), cuja participação foi determinada com base nos seguintes critérios de inclusão:

- Ter diagnóstico de doença mental;
- Ter idade superior a 18;
- Ser utilizador(a) de serviços de saúde mental comunitária, os tendo frequentado há, pelo menos, dois meses.

Os participantes foram informados sobre o intuito da investigação e da importância do seu contributo para compreensão de como os serviços afetam a qualidade de vida das pessoas com experiência em doença mental. A participação no estudo ocorreu de forma voluntária. Ressaltou-se que todas as informações dadas são mantidas em confidencialidade e somente dados e conclusões gerais são divulgados, não expondo nomes ou dados individuais. Todos os participantes assinaram o documento de consentimento informado (Anexo 1).

3.3 Instrumentos utilizados

Os participantes no estudo responderam aos cinco instrumentos através de uma das três formas de preenchimento (auto-administração, com o auxílio do entrevistador ou administrado pelo entrevistador). Todas as medidas utilizadas para realizar a validação do Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC), apresentam sólida evidência na literatura no que se refere a validade e utilidade.

- **Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)** (Anexo 3): o questionário pretende medir as capacidades alcançadas pelos utilizadores de organizações de saúde mental na comunidade. Capacidades essas interpretadas como domínios para avaliar a qualidade de vida (Nussbaum, 2000). A versão aplicada contém 48 itens. As opções de resposta consistem em uma escala tipo Likert de 4 a 1, em que 4 significa “Alcancei Totalmente” e 1 significa “Não Alcancei de Todo”. A medida apresenta seis dimensões, são elas:

Tabela 1: As dimensões do QC-SMC com seu respectivos itens

Dimensões	Numeração
Otimismo (13 itens)	35, 30, 18, 48, 47, 40, 31, 2, 36, 46, 14, 9, 41
Afiliação (9 itens)	8, 16, 32, 29, 1, 26, 3, 13, 33
Ativismo (8 itens)	20, 7, 25, 24, 37, 12, 10, 43
Razão prática (8 itens)	5, 45, 44, 38, 23, 39, 11, 4
Auto-suficiência e auto-determinação (7 itens)	21, 34, 17, 15, 19, 27, 28
Família (3 itens)	22, 42, 6

Foi também elaborada uma ficha de caracterização individual (Anexo 2) para obter dados valiosos para a compreensão da população estudada. Essa caracterização individual está dividida em oito partes. São elas: geral, em que insere-se os códigos de identificação; dados

do entrevistado/a, formado por seis itens de caracterização sociodemográficas; habitação, que abarca três questões relacionadas a situação habitacional do participante; educação, que possui três itens sobre a situação educacional do participante; formação profissional, resume-se a uma pergunta sobre a frequência ou não em um curso de formação; emprego, constituído por quatro perguntas a respeito da situação profissional do participante; saúde mental, composto por quatro perguntas relacionadas com a problemática de saúde mental; e participação na organização, que possibilita perceber o tipo de atividades oferecidas pelas diferentes associações e quais são as mais frequentadas pelos utilizadores.

- **World Health Organization Quality of Life- Versão Abreviada (WHOQOL-Bref)** (Anexo 4): trata-se de um instrumento que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos indivíduos adultos e é composto por 26 itens, organizado em 4 domínios sendo eles: domínio físico, psicológico, ambiental e das relações sociais (Fleck, 2000). Na sua versão original, foi concebido pelo WHOQOLGroup, em 1994. A tradução e adaptação para a população portuguesa do instrumento foi feita por Canavarro, Vaz Serra, Simões Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes em 2006. O WHOQOL-BREF consiste numa versão abreviada do WHOQOL-100 que surge da necessidade de construir um instrumento de administração rápida (Fleck et al, 2000). A medida possui 4 domínios (domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente). As opções de resposta consistem em uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos em que as repostas podem variar de acordo com as quatro formas de avaliação (intensidade, capacidade, frequência e avaliação). Para a validação do QC-SMC espera-se uma associação positiva entre os resultados do WHOQOL-BREF e o QC-SMC, uma vez que este último investiga o construto da qualidade de vida utilizando como referencial teórico a abordagem das capacidades (Nussbaum & Sen, 1993).
- **Psychological Distress Scale (K6)** (Anexo 5): é uma escala desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2004), a versão portuguesa foi feita a pedido do World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI) e elaborada por Yuan-Pang Wang, et al. (2003). O instrumento foi concebido para medir de forma geral vai investigar de forma algumas dimensões

relacionadas ao estresse e sofrimento psicológico (Kessler, et al., 2003). Para a validação do Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária, julgou-se necessário somente a utilização da questão 1 do instrumento (Q1. Durante os últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu...). As respostas são apresentadas em uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos distribuídos em (1) O Tempo Todo; (2) A Maior Parte do Tempo; (3) Parte do Tempo; (4) Um Pouco; (5) Nunca.

Para a validação do QC-SMC espera-se uma associação negativa entre os resultados K6 e do QC-SMC.

- **Recovery Assessment Scale (RAS)** (Anexo 6): o instrumento foi originalmente desenvolvido por Corrigan, Salzer, Ralps, Sangster e Keck em 2004. A tradução para o português foi realizada por Jorge Monteiro, Sacchetto e Aguiar em 2011 dando origem a uma versão reduzida dos 41 itens originalmente propostos. A escala procura avaliar o *recovery* da doença mental e consiste em 24 afirmações que descrevem o sentimento do indivíduo sobre si mesmo e sobre sua vida, distribuindo-se em 5 dimensões (confiança pessoal e esperança, vontade de pedir ajuda, orientação para o sucesso e estabelecimento de metas, confiança nos outros, não dominação dos sintomas). As respostas estão apresentadas em uma escala tipo Likert de 1 a 5, onde o 1 representa “Discordo Totalmente” e o 5 “Concordo Totalmente”.
- **Empowerment Scale (BUES)** (Anexo 7): a escala foi criada por Rogers, Chamberlin, Ellison e Crean em 1997, sua tradução e validação para a população portuguesa foi feita por Jorge Monteiro e Ornelas em 2014. O objetivo do instrumento é de mensurar o *empowerment* das pessoas com experiência em doença mental através de 25 afirmações relacionadas com perspectiva de vida e tomada de decisão, divididas em 5 dimensões (auto-estima e auto-eficácia, poder e ausência de poder, ativismo comunitário e autonomia, otimismo e controle sobre o futuro e direito à indignação). As respostas aparecem em uma escala tipo Likert de 4 a 1, onde o 4 representa “Discordo Totalmente” e o 1 “Concordo Totalmente”.

Espera-se uma associação positiva entre os instrumentos RAS e BUES e o QC-SMC para a validação do QC-SMC (validade convergente).

3.4 Procedimentos

A recolha de dados foi realizada pela equipe de colaboradoras do projeto em que esse estudo se encontra inserido e a sua aplicação foi feita em organizações que tinham em comum a proposta de oferecer um serviço de base comunitária, com o intuito de promover a integração psicossocial dos seus participantes.

O primeiro contato era realizado através de cartas-convite para a participação no estudo, uma vez expresso o interesse em participar, que demandava sempre algum tempo de espera, era marcado uma reunião para a apresentação mais formal do projeto e para o balanço de possíveis participantes. Como membro integrante da equipe de investigação, eu estava presente em todas as reuniões. Em seguida a esse primeiro encontro, dava-se início as recolhas de dados que foram realizadas nas regiões Norte, Centro, Algarve e Área Metropolitana de Lisboa. Os dados coletados por mim ocorreram durante os meses de novembro de 2017 a abril de 2019.

A aplicação do QC-SMC abrangeu 203 participantes, seguindo os critérios de inclusão mencionados anteriormente (4.2), e ocorreu nas seguintes instituições:

Tabela 2: Organizações em que foi aplicado o QC-SMC

Organização	Localização	Nº de participantes
AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial	Lisboa	40
GIRA – Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa	Lisboa	15
ARIA – Associação de Reabilitação e Integração Ajuda	Lisboa	22
ADEB – Associação de Apoio os Doentes Depressivos e Maníaco Depressivos	Lisboa	24
GAC – Grupo de Ação Comunitária	Lisboa	4
PERSONA – Associação para Promoção de Saúde Mental	Barreiro	5
ANARP – Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial	Porto	14
RECOMEÇO – Associação para a Reabilitação e Integração Social	Amadora / Sintra	2
ASMAL – Associação de Saúde Mental do Algarve	Algarve	26

RUMO – Cooperativa de Solidariedade Social	Barreiro	30
QUINTA DAS PONTES	Coimbra	21

4. RESULTADOS

4.1. Análise de dados descritivos

Tabela 3: Principais características sócio-demográficas da amostra

Sexo	N	%
Masculino	115	56,7
Feminino	88	43,3
Idade	Média	Min-Máx
	41,02 (12,958)	18-81
Nacionalidade	N	%
Angolana	3	1,5
Brasileira	1	,5
Cabo Verdiana	1	,5
Guineense	2	1,0
Italiana	1	,5
Moçambicana	2	1,0
Portuguesa	193	95,1
Estado Civil	N	%
Solteiro	155	76,4
Casado(a)	14	6,9
União de facto	5	2,5
Parceiro(a)	4	2,0
Separado(a)	4	2,0
Divorciado(a)	18	8,9
Viúvo(a)	2	1,0
Outro	1	,5
Situação Habitacional	N	%
Residência Comunitária	37	18,2
Habitação Independente	54	26,6
Familiares	103	50,7
Outro	9	4,4
Grau de Qualificação	N	%
Não sabe ler nem escrever	2	1,0
Sabe ler e/ou escrever	2	1,0
Escolaridade Básica (1º ciclo)	22	10,8
Escolaridade Básica (2º ciclo)	39	19,2
Escolaridade Básica (3º ciclo)	34	16,7
Escolaridade Secundária (10º, 11º, 12º)	52	25,6
Qualificação Profissional	13	6,4
Licenciatura	32	15,8

Estudos Pós-Graduados (Mestrado ou Doutorado)	6	3,0
Outro	1	,5
Situação Profissional	N	%
Empregado(a)	16	7,9
Estagiário(a)	24	11,8
Voluntário(a)	2	1,0
Desempregado(a)	45	22,2
Reformado(a) do Trabalho	5	2,5
Pensão Social e RSI	36	17,7
Pensão de Invalidez	73	36
Outro	2	1,0

A descrição dos participantes está resumida na tabela 3. A média de idade dos participantes é de 41,02 (DP = 12,958), com idades entre o intervalo de 18 a 81 anos. O grupo de participantes (n = 203) é constituído por 115 homens (56,7) e 88 mulheres (43,3), maioritariamente solteiros (n = 155, 76,4%) e de nacionalidade portuguesa (n = 193, 95,1%). 50,7% (n = 103) da amostra afirmou viver com familiares, 18,2% (n = 37) encontram-se em residências comunitárias, enquanto que 54 (26,6%) vivem em habitações independentes. No que se refere ao grau de qualificação alcançado, observamos que 25,6% (n = 52) possuem escolaridade secundária e 46,7% (n = 95) afirmam ter escolaridade básica (1º, 2º, 3º ciclo), 32 dos participantes (15,8%) realizaram licenciatura. Pode-se constatar que 36% (n = 73) desses participantes tem a pensão de invalidez como único rendimento, outros 17, 7% (n = 36) recebem pensão social e RSI. Existem 24 participantes (11,8%) estagiando e 16 (7,9%) deles está empregado, em contraste com os 22,2 % (n = 45) que encontram-se desempregados e sem nenhum tipo de rendimento que não o suporte familiar. Embora 19,7% (n = 40) dos participantes estejam realizando estágios ou trabalhando, conseguidos, maioritariamente, através das associações. Grande parte desses participantes afirmou estar realizando atividades que não foram escolhidas por eles, no entanto, foi o que “apareceu”.

Tais dados corroboram com estudos anteriores (Lloyd et al., 2006; Brunner, 2017) ao constatar que as pessoas com experiência em doença mental enfrentam dificuldades para obter emprego regular na comunidade e acesso a educação ao longo da vida, chamando a atenção para a importância da distribuição equilibrada e justa dos recursos presentes na comunidade. A promoção de oportunidades, como o emprego e a educação, tem forte impacto na qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental, uma vez que, aumenta a participação em sociedade como cidadãos de plenos direitos, contribuindo para o *empowerment*. Autores como

Bejerholm et al. (2010) relatam uma relação positiva entre a importância das atividades diárias na vida em comunidade conseguidas através do emprego e entre os elementos de auto-estima e auto-eficácia.

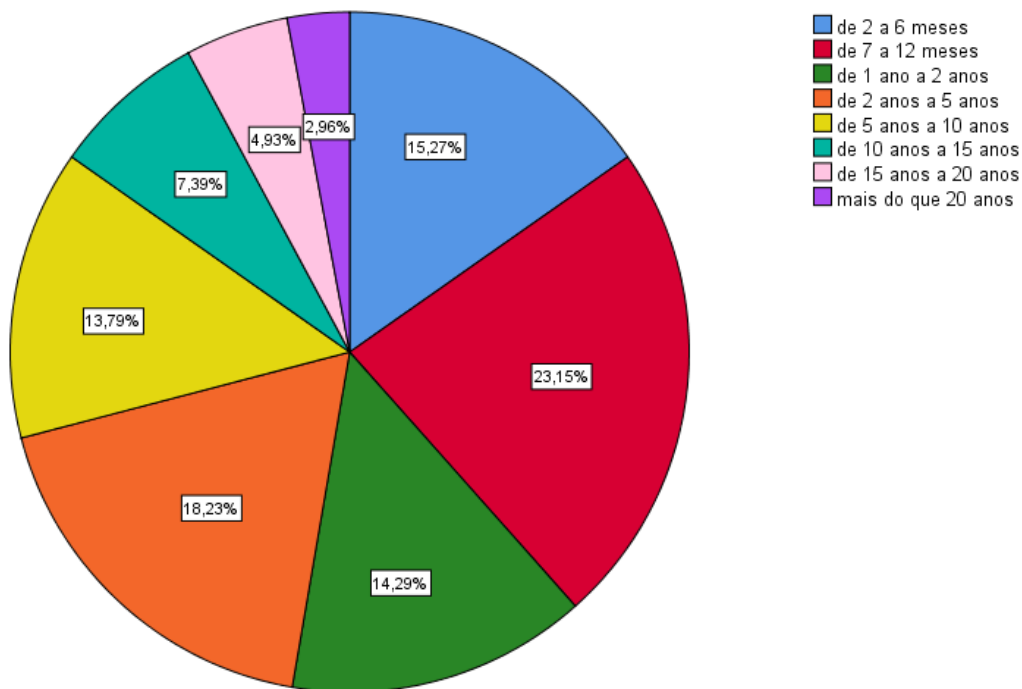
Tabela 4: Características em termos de saúde mental

Conhece seu diagnóstico de saúde mental	N	%
Sim	146	71,9
Não	51	25,1
Não responderam	6	
Diagnóstico (se disse sim)	N	%
Esquizofrenia	60	29,6
Psicose Bipolar	36	17,7
POC	4	2,0
Depressão Maior	12	5,9
Outro	27	13,3
Não responderam	64	
Internamento hospitalar para tratamento psiquiátrico	N	%
Sim	124	61,1
Não	73	36,0
Não responderam	6	
	Média	Min-Máx
	3,46 (3,33)	0-20
Internamento hospitalar para tratamento psiquiátrico desde que entrou para a organização	N	%
Sim	26	12,8
Não	167	70,9
Não responderam	10	
	Média	Min-Máx
	1,92 (1,80)	1-10

Podemos observar a partir das características em termos de saúde mental da amostra expostas na tabela 4, que 51 (25,1%) dos participantes afirmou não ter conhecimento do seu diagnóstico de saúde mental, enquanto que 146 (71,9%) manifestaram conhecer. Dentre esses que disseram conhecer, 60 (29,6%) indicaram o diagnóstico de esquizofrenia, 36 (17,7%) indicaram psicose bipolar, 12 (5,9%) indicaram depressão maior, 4 (2%) indicaram POC, 27 (13,3) indicaram outro diagnóstico que não os listados na pesquisa e 64 participantes escolherem não responder à

pergunta. No que consta as recidivas hospitalares para tratamento psiquiátrico, nota-se a diferença entre o número de internamentos anteriores ao início da participação nos serviços (M = 3,46, DP = 3,33; variando entre 0 e 20 vezes) e o número de internações psiquiátricas indicado após o início da participação nos serviços (M = 1,92, DP = 1,80; variando entre 0 e 10 vezes). Essa diferença apresentada pelo declínio do número de internações psiquiátricas corrobora com a literatura existente, no sentido que, demonstra a importância do suporte ofertado pelos serviços de saúde mental para o processo de *recovery*. Seguindo a lógica da desinstitucionalização e tomando como referencial o processo de *recovery*, a missão principal dos serviços de saúde mental deve ser o de promover o restabelecimento de sociais papéis valorizados e a maior integração das pessoas com experiência de doença mental, promovendo uma vida em comunidade em oposição ao tempo passado na comunidade (Davidson et al., 2009). O declínio vai de encontro também a estudos que afirmam haver uma relação existente entre o tempo de frequência nos serviços de saúde mental e uma maior redução de sintomas e de episódios de recaída (Chamberlin, Farks, Gagne & Anthony, 2005)

Tabela 5: Gráfico relativo ao tempo de frequência nos serviços de saúde mental comunitária



Relativamente ao tempo em que os participantes frequentam os serviços de saúde mental comunitária, podemos observar por intermédio do gráfico de setores (Tabela 5), que 23,15% (n = 69) da amostra frequenta os serviços por um período de 7 a 12 meses, 18,23% (n = 52) por um período de 2 a 5 anos, 15,27% (n = 47) por um período de 2 a 6 meses. Foram poucos aqueles que afirmaram frequentar os serviços a mais de 10 anos.

Por meio das visitas aos serviços de saúde mental comunitária dos quais esse estudo coletou dados e através da análise realizada sobre os programas promovidos por esses serviços (Tabela 6) foi possível perceber a existência de duas espécies de serviços de saúde mental comunitária. Uma que conseguiu implementar com sucesso a orientação para o *recovery*, demonstrando de fato serem contextos comunitários geradores de *empowerment*, enquanto que outros demonstram ainda estar em uma fase de transição, onde suas intervenções ainda estão muito centradas na instituição ao invés de na comunidade.

A proposta deveria ser um modelo organizacional em que se favoreça o processo de *recovery*, promova o *empowerment* individual e que facilite a integração comunitária, implicando em uma alteração de práticas de intervenção no âmbito dos usuários, dos programas e dos sistemas (Nelson, et al. 2014). Assim sendo, um serviço que segue essas premissas deve levar em consideração programas que vão de encontro com as mesmas, como os grupos de ajuda mútua que rompem com o isolamento e podem ser grandes catalisadores do processo de agência (Ibrahim, 2011). Ou como as reuniões comunitárias e o suporte através de um Plano Individual de *Recovery* que pressupõem a participação mais ativa dos seus usuários na implementação do funcionamento dos serviços e na construção de um plano voltado para suas necessidades individuais (Nelson et al., 2014). Outros fatores como a realização de atividades físicas, que contribuem para a redução do sedentarismo e problemas relacionados a utilização da medicação psiquiátrica (ex: aumento de peso), promovendo maior sentimento de bem-estar. Fato que deve ser ressaltado é a importância dessas atividades estarem inseridas na comunidade e não no espaço da instituição, pois é exatamente essa circulação / integração nos espaços da comunidade que os serviços devem estar mais preocupados. Dito isso, é preciso chamar atenção a importância das atividades culturais, que além de promoverem a circulação anteriormente mencionada, contribuem para a aquisição de novos conhecimentos e propiciam o bem-estar (Gibson, 2015).

Tendo isso em consideração foi realizada uma análise dos programas promovidos pelas associações participantes do estudo, e o quadro abaixo (Tabela 6) demonstra os resultados.

Tabela 6: Programas promovidos pelos serviços

Atividades ocupacionais	N	%
Sim	91	44,8
Não	112	55,2
Atividades culturais		
Sim	75	36,9
Não	128	63,1
Treino de competências de vida diária		
Sim	53	26,1
Não	150	73,9
Psicoterapia de grupo		
Sim	41	20,2
Não	162	79,8
Reuniões comunitárias		
Sim	66	32,5
Não	137	67,5
Grupo de ajuda mútua		
Sim	54	26,6
Não	149	73,4
Atividade desportiva de grupo, dinamizadas pela organização	N	%
Sim	58	28,6
Não	145	71,4
Atividade desportiva individual, conseguida através da organização		
Sim	13	6,4
Não	190	93,6
Suporte individual dos técnicos da organização, através de um Plano Individual de <i>Recovery</i>		
Sim	65	32,0
Não	138	68,0
Suporte individual dos técnicos da organização, através de um Plano Terapêutico		
Sim	18	8,9
Não	185	91,1

Observa-se na tabela dos programas proporcionados pelos serviços utilizados (Tabela 6) que dos elementos que constituem os serviços de saúde mental voltados para o recovery, contactou-se que apenas 65 (32%) participantes recebem suporte individual dos técnicos da organização,

através de um plano individual de *recovery*, e somente 26,6% (n = 54) participam em grupos de ajuda mútua, enquanto que 41 (20,2%) tomam parte em reuniões comunitárias e 75 (36,9) realizam atividades culturais. Enquanto 58 (28,6%) fazem atividades desportivas através da organização e apenas 13 (6,4) pessoas responderam praticar atividades desportivas individualmente.

Em contraste, indo de encontro a idéia dos serviços ainda em fase de transição, temos 91 (44,8%) participam em atividades ocupacionais e 53 (26,1%) em treinos de competência de vida diária, números significativos para associações que julgam-se pós-institucionais. Tais dados corroboram com a compreensão de que muitos desses serviços comunitários de saúde mental estão ainda em fase de transição e implementação de intervenções mais centradas e adaptadas as necessidades e interesses dos utentes, seguindo abordagens institucionais e intervenções padronizadas acabando por promover pouca integração social e exercício de cidadania (Nelson, Klouds & Ornelas, 2014).

4.2 Análise psicométrica dos dados

Foi criada uma base de dados contendo as informações fornecidos por cada um dos participantes, que ao serem inseridas recebiam um código para assegurar o seu anonimato. A base de dados foi constituída pelas informações adquiridas através da ficha de caracterização individual, contendo as variáveis sócio-demográficas e clínicas presentes na amostra, pelas respostas dadas ao Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC) e aos outros instrumentos administrados para a realização da validade convergente, sendo eles: o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- Bref), o Recovery Assessment Scale (RAS) e o Empowerment Scale (BUES). E validade discriminante: o Psychological Distress Scale (K6). Uma vez inseridas todas as informações obtidas durante as aplicações, deu-se início as análises estatísticas, realizadas através do software SPSS.

Procedeu-se a validação parcial do instrumento, que envolveu o cálculo do índice de consistência interna para cada uma das 6 dimensões extraídas da análise fatorial exploratória realizada em estudo anterior com amostra de 321 participantes (Sacchetto, et al., 2018).

Foi feita também uma Análise Correlacional (r de Pearson) entre as 6 dimensões do QC-SMC e os outros instrumentos administradas juntamente com o questionário.

4.2.1 Cálculo da Consistência Interna (α de Cronbach)

Tabela 7: Quadro de referência da Consistência Interna (α de Cronbach) para cada uma das dimensões no estudo anterior, QC-SMC (90 itens) (Sacchetto, et al. 2018), e no estudo atual QC-SMC (48 itens)

Dimensões	α de Cronbach QC-SMC (90 itens)	α de Cronbach QC-SMC (48 itens)
Otimismo	0,91	0,89
Afiliação	0,84	0,82
Ativismo	0,84	0,83
Razão Prática	0,76	0,72
Auto-suficiência e Auto-determinação	0,76	0,78
Família	0,78	0,67

A análise psicométrica dos dados confirmaram a confiabilidade interna do instrumento, cada uma das seis dimensões que compõem o QC-SMC obtiveram de fato, conforme mostra a tabela 7, bons valores de consistência interna. As dimensões *Otimismo*, *Afiliação* e *Ativismo* apresentam ótimos níveis de consistência interna, com valores de $\alpha > 0.80$.

As dimensões *Razão Prática*, *Auto-suficiência* e *Auto-determinação* apresentaram um bom coeficiente de consistência interna com $\alpha < 0.80$, enquanto que a dimensão *Família* apresenta um alpha de Cronbach de 0,67, no entanto, alguns autores (Landis & Koch, 1977; Appolinário, 2006) consideram uma razoável consistência interna. O valor reduzido pode ser explicado pelo fato da dimensão ser constituída de apenas 3 itens, e quanto menos itens, mais difícil por vezes é existir uma alpha maior que 0.7.

Foram retirados 42 itens da versão de 90 itens (tabela 7) devido ao fato de não terem muito peso fatorial, embora a escala tenha sido reduzida e em consequência os itens de cada uma das subescalas, os valores de consistência interna continuam adequados.

Os 48 itens das 6 dimensões do QC-SMC são, portanto, coerentes ao fornecer uma medida do mesmo construto, correspondendo ao fator de referência.

4.2.1.1 Otimismo

A dimensão *otimismo* apresenta ótima consistência interna ($\alpha = 0,89$), sendo constituído de 13 itens que remetem a aquisição de estabilidade emocional e de esperança para a vida futura. Os

itens vão de encontro a lista de capacidades desenvolvidas por Nussbaum (2000), como *vida e saúde física e mental* (QCA9_ ter confiança em viver uma vida longa; QCA2_ ter esperança para o meu future; QCA31_ ocupar a mente com coisas úteis para a minha vida), *lazer e tempo livre* (QCA36_ ter oportunidades de diversão; QCA35_ ganhar alegria de viver) e *emoções, sentimentos e relações afetivas* (QCA41_ sentir-me emocionalmente equilibrado; QCA48_ ter auto-estima; QCA18_ estar alegre).

4.2.1.2 Afiliação

A dimensão *afiliação* é formada por 9 itens, dentre os quais 6 representam a capacidade da pessoa de estabelecer relações sociais positivas e adquirir senso de pertença a comunidade, remetendo a *afiliação* apresentada por Nussbaum (2000) em sua lista de capacidades; (QCA3_ sentir-se respeitado/a pelos membros da comunidade; QCA8_ sentir-se integrado/a na comunidade; QCA29_ ter novos relacionamentos sociais). Um dos itens refere-se a *outras espécies* da lista já mencionada (QCA26_ desfrutar do ambiente natural), e outro a *sentidos, imaginação e pensamento* (QCA33_ ser assertivo). O último evoca a capacidade *integridade física* (QCA13_ estar a vontade em espaços públicos). A dimensão *afiliação* apresenta elevada consistência interna ($\alpha = 0,82$).

4.2.1.3 Ativismo

A dimensão *ativismo* apresenta elevada consistência interna ($\alpha = 0,83$) e compõe-se de 8 itens relacionados ao *advocacy* (QCA37_ participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental; QCA25_ apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental), suporte interpares (QCA24_ participar num grupo de ajuda mútua de pares), aquisição de papéis sociais valorizados dentro do sistema de saúde mental (QCA20_ representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental; QCA43_ ser dos corpos sociais da organização). Fazendo referência à lista de capacidades de Nussbaum (2000) esses elementos refletem a faceta política do *controle do próprio ambiente*, com foco na saúde mental.

4.2.1.4 Razão Prática

A dimensão *razão prática* refere-se a capacidade de consciência crítica, responsabilidade e autonomia nas atividades da sua vida cotidiana, evocando a capacidade de mesmo nome na lista de Nussbaum (2000), que explicita-a como sendo a construção de uma visão crítica para melhor definição das escolhas e planos de vida. A *razão prática* é composta por 8 itens (QCA38_ ter sentido de responsabilidade; QCA23_ cuidar da minha condição física; QCA11_ ter controlo sobre as atividades do dia a dia; QCA44_ ser assíduo) e apresenta boa consistência interna ($\alpha = 0,72$).

4.2.1.5 Auto-suficiência e Auto-determinação

A dimensão *Auto-suficiência e Auto-determinação* é composta por aspectos do *controle do próprio ambiente e razão prática e reflexão crítica* das capacidades listadas por Nussbaum (2000). A dimensão é composta por 7 itens que buscam perceber a independência daquela pessoa a nível financeiro e moradia (QCA21_ tornar-me autónomo/a a nível financeiro; QCA34_ aceder a uma habitação independente) como também a sua autonomia frente a sua experiência em doença mental (QCA17_ ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental), e capacidade de controle sobre escolhas em sua vida (QCA28_ ter poder de decisão sobre a minha vida).

4.2.1.6 Família

A dimensão *família* refere-se a *afiliação* de Nussbaum (2000) e busca perceber as relações familiares da pessoa. Ela é formada por 3 itens (QCA42_ melhorar o relacionamento com a minha família; QCA22_ sentir-me aceite pela minha família; QCA6_ participar nos eventos familiares).

4.3 Análise Correlacional (r de Pearson)

Como é possível observar abaixo (Tabela 8), existem correlações estatisticamente significativas entre os instrumentos administrados no estudo.

Tabela 8: Correlações entre o QC-SMC e os diversos instrumentos

Escala	QC-SMC	QCA1	QCA2	QCA3	QCA4	QCA5	QCA6	WHOQOL -Bref	RAS	BUES	K6
QC – SMC	1										
QCA1	,844	1									
QCA2	,797	,752	1								
QCA3	,685	,350	,353	1							
QCA4	,757	,606	,562	,346	1						
QCA5	,733	,452	,414	,548	,494	1					
QCA6	,501	,418	,317	,262	,407	,213	1				
WHOQOL – Bref	,514	,549	,426	,228 ^a	,431	,287	,275	1			
RAS	,354	,415	,305	,145	,305	,184 ^a	,170 ^a	,585	1		
BUES	,283	,320	,204	,216	,161 ^a	,182 ^a	,087 ^b	,414	,556	1	
K6	-,184	-,260	-,169 ^a	-,061 ^b	-,112 ^b	-,101 ^b	-,016 ^b	-,513	-,329	-,295	1

As correlações em negrito são significantes no nível $p < 0,01$, com exceção das que possuem notas de rodapé. QC-SMC, Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária; WHOQOL-Bref, World Health Organization Quality of Life- Versão Abreviada, K6, Psychological Distress Scale; RAS, Recovery Assessment Scale; BUES, Empowerment Scale.

^asignificante no nível $p < 0,05$; ^bnão significante no nível $p < 0,05$.

Em específico, o QC-SMC apresenta correlações positivas fortes ou moderadas com as suas diversas dimensões: Otimismo ($r = .844$; $p < 0,01$), Afiliação ($r = .797$; $p < 0,01$), Ativismo ($r = .685$; $p < 0,01$), Razão Prática ($r = .757$, $p < 0,01$), Auto-suficiência e Auto-determinação ($r = .733$; $p < 0,01$), Família ($r = .501$; $p < 0,01$).

Constatou-se também que o QC-SMC apresenta uma correlação negativa fraca com o K6 ($r = -.184$; $p < 0,01$).

De modo geral o QC-SMC apresenta uma correlação positiva moderada com o WHOQOL-Bref ($r = .514$; $p < 0,01$). A dimensão que apresenta maior correlação significativa com o WHOQOL-Bref é o Otimismo ($r = .549$; $p < 0,01$) e a de menor significância é Família ($r = .275$; $p < 0,01$).

Embora o QC-SMC apresente, globalmente, uma correlação positiva fraca com o BUES ($r = .283$; $p < 0,01$) e com o RAS ($r = .354$; $p < 0,01$), em ambos os casos a dimensão Otimismo aparece como a maior correlação positiva significativa entre os instrumentos, isso pode se dar devido ao fato dessa dimensão remeter-se a conceitos como esperança, autoconfiança, motivação e controle que fazem alusão a aspectos do processo de *Recovery* e *Empowerment*.

No que se refere a Consistência Interna (α de Cronbach) dos instrumentos utilizados para a análise da validade convergente, na amostra utilizada no presente estudo, observou-se os seguintes valores: WHOQOL- Bref apresentou um alpha de Cronbach de .82, enquanto o RAS e o BUES obtiveram $\alpha = .89$ e $\alpha = .75$, respectivamente. Para analisar a validade discriminante utilizou-se o K6 que obteve um $\alpha = .84$.

4.4 Situação Habitacional

Tabela 9: ANOVA das diferentes situações habitacionais e as seis dimensões do QC-SMC

		<i>Soma dos Quadrados</i>	<i>Df</i>	<i>Média dos Quadrados</i>	<i>Z</i>	<i>Sig</i>
<i>Otimismo</i>	Entre grupos	1,576	3	,525	1,593	,192
	Nos grupos	64,980	197	,330		
	Total	66,556	200			
<i>Afiliação</i>	Entre grupos	,839	3	,280	,863	,461
	Nos grupos	63,458	196	,324		
	Total	64,296	199			
<i>Ativismo</i>	Entre grupos	6,989	3	2,330	3,846	,010
	Nos grupos	120,541	199	,606		
	Total	127,530	202			
<i>Razão Prática</i>	Entre grupos	,671	3	,224	,764	,515
	Nos grupos	57,671	197	,293		
	Total	58,342	200			
<i>Auto-sufi e auto-deter</i>	Entre grupos	15,857	3	5,286	10,996	,000
	Nos grupos	94,692	197	,481		
	Total	110,549	200			
<i>Família</i>	Entre grupos	3,635	3	1,212	2,235	,085
	Nos grupos	106,826	197	,542		
	Total	110,461	200			

Foi utilizado o ANOVA one-way para verificar se existem ou não diferenças estatisticamente significativas nas diversas situações habitacionais em cada uma das 6 dimensões do QC-SMC. Foi possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Ativismo ($p\text{-value} = 0.010 < \alpha = 0.050$) e na dimensão Auto-suficiência e auto-determinação ($p\text{-value} = 0.000 < \alpha = 0.050$).

Tais resultados corroboram com a literatura (Wong & Solomon, 2002), e podem ser compreendidos pelo fato da habitação independente possibilitar um maior nível de privacidade, liberdade individual e independência, este último conceito está diretamente relacionado a dimensão Auto-suficiência e auto-determinação. Segundo Martins (2016) a possibilidade de fazer escolhas sobre a habitação e a qualidade da casa é de extrema importância para as pessoas com experiência de doença mental, pois dá a elas o sentimento de controle, conceito fundamental da dimensão Ativismo.

5. DISCUSSÃO

Os resultados da análise psicométrica da consistência interna (α de Cronbach) confirmam a confiabilidade do Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC). Todas as seis dimensões que constituem o instrumento apresentaram bons valores de consistência interna (Tabela 7), atestando a consistência dos itens de cada uma das subescalas na mensuração do mesmo construto latente.

No que consta a consistência interna (α de Cronbach) dos instrumentos utilizados para a análise da validade convergente, caracterizada pelo WHOQOL- Bref, RAS e BUES e validade discriminante, com o K6. Foi possível verificar ótimos valores, com alfas que variaram do $\alpha = .75$ ao $\alpha = .89$, demonstrando a força do QC-SMC em analisar as diversas dimensões apresentadas por esses instrumentos.

As análises correlacionais mostraram a presença de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o QC-SMC e a escala WHOQOL-Bref, tal associação corrobora com a capacidade de mensuração/qualidade do QC-SMC, uma vez que, este busca investigar o construto da qualidade de vida utilizando como referencial teórico a abordagem das capacidades (Nussbaum, 2011). O fato do QC-SMC ter sido elaborado para apreender um maior

número de resultados que o WHOQOL-Bref pode explicar o fato de não haver uma correlação perfeita entre as duas medidas. Ou seja, devido a sua multidimensionalidade o QC-SMC é sensível a aspectos relacionados a qualidade de vida e bem-estar que não são possíveis de serem examinados no WHOQOL-Bref.

Quanto as correlações entre o QC-SMC e as medidas RAS e BUES observou-se a presença de correlações positivas, comprovando que a aquisição de capacidades está relacionada com o sentimento de *empowerment* e o processo de *recovery*, isso se dá pelo fato de que tanto a aquisição de capacidades quanto os processos de *empowerment* e *recovery* pressupõem um maior acesso a oportunidades significativas e, por consequência, a uma maior expansão do exercício de agência. Ou seja, as capacidades oferecem uma ampla rede de opções e condições para que a pessoa desenvolva as suas potencialidades e atue socialmente como pessoa ativa, no entanto sendo as capacidades relacionadas diretamente com fatores além de individuais, também sociais e estruturais, podemos dizer que existe uma responsabilidade dos serviços de saúde mental em remover certas barreiras e viabilizar condições mais favoráveis ao seu surgimento (Shinn, 2015; Wieland e O'Connell, 2009).

A presença de correlações positivas corrobora com a ideia de que esses três conceitos convergem no que diz respeito a importância de aspectos como: a tomada de controle das pessoas com experiência de doença mental sobre as suas próprias vidas, a importância do suporte prestado a essas pessoas, a promoção de uma maior participação comunitária e a (re)aquisição de papéis sociais significativos (Davidson, et al., 2009). Papéis significativos esses que acabam por produzir benefícios como satisfação com a vida, auto-estima e aquisição de novas competências. Os principais mecanismos para a criação desses papéis sociais valorizados advêm da interação com aspectos relacionados com o emprego, a educação e a habitação (Shinn, 2015).

A correlação fraca existente entre os instrumentos pode ser explicada pela operacionalização da aplicação do conjunto de questionários, uma vez que, o RAS e o BUES eram sempre os últimos instrumentos a serem respondidos pelos participantes, e dado a extensão do questionário muitos dos participantes queixavam-se de fadiga. Estudos futuros conseguirão mensurar melhor a relação existente entre os conceitos, ao utilizarem-se de um menor número de instrumentos.

O K6, por sua vez, apresentou uma correlação negativa com o QC-SMC, comprovando a hipótese de que existe uma associação negativa entre o sofrimento psicológico e a aquisição de

capacidades. A dimensão Otimismo foi aquela em que se verificou uma correlação negativa mais significativa ($r = -.260$; $p < 0,01$), dado que pode ser explicado pelo fato dessa dimensão remeter a aspectos de estabilidade emocional e de esperança para a vida futura, que em situações de sofrimento psicológico tendem a apresentar-se com níveis mais baixos (Ramos, 2014).

Tendo em vista os resultados das análises realizadas através do programa SPSS, foi possível constatar a validade das propriedades psicométricas do instrumento, entretanto, serão necessários estudos futuros para efetuar a validação completa do CQ-SMC, capacitando o instrumento para ser amplamente utilizado dentro dos serviços de saúde mental orientados para a *recovery* no contexto português, contribuindo assim, para a avaliação da efetividade dos programas promovidos pelos serviços de saúde mental comunitária.

É válido ressaltar que embora possa constatar-se um declínio do número de internações psiquiátricas (ver Tabela 4) anteriores ao início da participação nos serviços ($M = 3,46$, $DP = 3,33$; variando entre 0 e 20 vezes) e o número de internações psiquiátricas indicado após o início da participação nos serviços ($M = 1,92$, $DP = 1,80$; variando entre 0 e 10 vezes), dado que demonstra a importância do suporte ofertado pelos serviços de saúde mental para o processo de *recovery*. Ao analisarmos os programas promovidos pelos serviços em que foi feita a recolha de dados (ver Tabela 6), concluímos que, 44,8% dos seus participantes estão envolvidos em atividades ocupacionais e 26,1% realizando treinos de competências de vida diária, valores significativos para serviços que se dizem de base comunitária. Esse dado vai de encontro à literatura existente (Ornelas, Jorge Monteiro, Duarte e Vargas Moniz, 2019; Jorge Monteiro, et al., 2016) ao concluir que alguns programas de saúde mental comunitária tendem a reproduzir muitas das características das “instituições totais”, tais como a tendência contínua de separação e manutenção de ambientes protegidos e os rótulos de doente que enfocam as limitações individuais.

A mudança de paradigma na saúde mental somente pode ser atingida através da promoção dos valores do *recovery* e *empowerment*, da participação e integração comunitária, do envolvimento ativo das pessoas com experiência de doença mental no planeamento e implementação dos serviços voltados para si e através do acesso a oportunidades reais (Ornelas, Jorge Monteiro, Duarte e Vargas Moniz, 2019).

O poder de escolher é um elemento valioso para a pessoa com experiência de doença mental e é a dimensão da abordagem das capacidades que torna o agir humano mais abrangente, que enriquece a sua identidade, diferencia a sua atuação em face dos demais e privilegia a sua

posição em relação a estrutura social. Um serviço que se preocupa com o bem-estar e a promoção de *recovery* e *empowerment* tem como objetivo prioritário oferecer aos seus usuários os instrumentos e as condições necessárias para que se possam realizar as escolhas que consideram importantes.

O fortalecimento do exercício das liberdades depende, substancialmente, da ampla rede de suporte, com elementos mais ou menos influentes que efetivam, sedimentam e fortalecem o florescimento das capacidades. A sua operacionalização implica que as pessoas passem a ter um variado panorama de opções, que tornam possível a busca daquilo que consideram importante fazer ou ser.

6. CONCLUSÃO

O estudo apresenta os contributos para a validação do Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC) que visa contribuir para a avaliação dos serviços comunitários de saúde mental ao tentar perceber em que dimensões esses serviços contribuem para o florescimento das capacidades dos seus utilizadores. O desenvolvimento do QC-SMC utilizou-se de dois elementos inovadores. Um deles é o fato do instrumento ser inspirado na abordagem das capacidades, que tem como foco a livre agência e traz para questão a importância da liberdade de escolha dos utilizadores e aquilo que eles valorizam e têm razão para valorizar. A lista de Nussbaum (2011) sugere dimensões específicas da qualidade de vida individual que devem ser garantidas pelos contextos institucionais. A abordagem das capacidades oferece critérios úteis para promover recursos individuais e avaliar se os serviços estão realmente orientados para o *recovery*, sendo o QC-SMC uma proposta do que uma saúde mental comunitária deve oferecer aos seus utilizadores (Sacchetto et al., 2016).

O outro elemento inovador, é o fato do QC-SMC ter sido construído a partir de um processo de colaboração com utilizadores dos serviços de saúde mental. A construção do QC-SMC utilizou-se da abordagem colaborativa, assegurando assim, que o instrumento é, de fato, representativo das experiências e expectativas dos utilizadores de serviços de saúde mental (Sacchetto, 2018). A imposição de verdades e saberes dá lugar a participação mais ativa e ao envolvimento dos utilizadores em todas as etapas do processo de construção, demonstrando respeito e acreditando na capacidade reflexiva e gerenciadora das pessoas com experiência de doença mental, promovendo

dessa forma uma reestruturação das relações de poder, produzindo impacto individual, social e político relevante (Boothroyd, Fawcett & Fishman, 2004).

A abordagem colaborativa promove dimensões que estão próximas a muitos dos aspectos descritos por Nussbaum, como a razão prática e reflexão crítica e o controle do próprio ambiente (Sacchetto et al., 2016). Para que a abordagem das capacidades seja implementada na prática, os profissionais de saúde mental precisam reestruturar os desequilíbrios de poder através do trabalho de colaboração com os usuários dos serviços de saúde mental.

Trago para a reflexão o que Lourau (2014) denominou como análise de implicação que propõe uma desestruturação de lugares cômodos, ocupados sem crítica e de verdades tidas como absolutas. A análise nos leva a pensar, no dia a dia, nas nossas diferentes intervenções, ou seja, a análise de implicações nos retira da acomodação, nos obrigando a uma constante mutação. Ela traz consigo uma problematização das relações de saber-poder, uma vez que, nos faz pensar sobre o lugar instituído de onde falamos quando, com nossas práticas especialistas, legitimamos uma certa divisão. Essa divisão se dá ao naturalizarmos a existência daqueles que são detentores do saber, que detêm a verdade científica, e de outros que simplesmente devem executar o que foi pensado/planejado por esses detentores do saber-poder.

A única forma das pessoas com experiência de doença mental tornarem-se livres dessas amarras, é através da completa restituição do controle, adquirindo o livre exercício de sua própria agência. Entende-se que são as pessoas diretamente envolvidas que devem ter a oportunidade de participar nas decisões que as afetam, uma vez que, não é possível buscar um processo de desenvolvimento para o benefício de outros, sem que esses outros estejam ativamente e substantivamente envolvidos em moldar seu próprio destino. As pessoas com experiência de doença mental são as que estão mais intimamente familiarizadas com as realidades das suas condições, aos desafios implicados a isso, como também aos recursos disponíveis para superar esses desafios. Dada a oportunidade, suas ações de criar uma visão e estabelecer a melhor forma de gerenciar seu próprio processo de *recovery* contribuirão substancialmente para a mudança do sistema (Davidson, et al., 2009). Assim sendo, a abordagem das capacidades propõe que as pessoas sejam vistas, nessa perspectiva, como sendo ativamente envolvidas - dada a oportunidade - em moldar seu próprio destino, e não apenas como receptores passivos dos serviços (Sen, 1999).

A prática da saúde mental comunitária deve ser, portanto, sedimentada na experiência social da doença mental, posto que, se a restauração dos direitos das pessoas com experiência de

doença mental e o reconhecimento das responsabilidades desse papel não estiverem na linha de frente e nos esforços de transformação, esse processo de transformação inevitavelmente estará distante de alcançar as metas que busca.

No que se refere aos resultados das análises realizadas sobre o Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC) foi possível verificar que o instrumento apresenta propriedades psicométricas válidas, pois constatou-se a confiabilidade interna do instrumento em cada uma das seis dimensões que compõem o QC-SMC (Otimismo, Afiliação, Ativismo, Razão Prática, Auto-uficiência e Auto-determinação e Família) obtendo de fato, bons valores de consistência interna. No que consta a validade convergente, foi possível apreender correlações significativas, de moderada a fraca, com os instrumentos: WHOQOL-Bref, RAS e BUES. A validade discriminante também foi confirmada através de uma correlação negativa significativa fraca. Ademais, os alfas dos instrumentos utilizados na validação apresentaram todos valores acima do 0.75, o que contribui para a fiabilidade do QC-SMC.

Serão necessárias futuras análises com a utilização do SPSS AMOS para a validação completa do instrumento. Recomenda-se também que em futuros estudos, para que se compreenda melhor as relações existentes entre as medidas, que o QC-SMC seja aplicado somente com o RAS e o BUES. Dado que, a extensão dos instrumentos utilizados necessários para realização da validação, acabou por causar limitações ao estudo.

Sendo o intuito da validação do QC-SMC o de criar uma medida que contribua para a avaliação dos serviços de saúde mental comunitária e, por consequência, acarrete a promoção de esforços de mudança na área. É importante ressaltar o fato de que na análise dos resultados nos deparamos com duas espécies de serviços de saúde mental comunitária. Uma que conseguiu implementar com sucesso a orientação para o *recovery*, demonstrando de fato serem contextos comunitários geradores de *empowerment*, enquanto que outros demonstram ainda estar em uma fase de transição, onde suas intervenções estão ainda muito centradas na instituição ao invés de na comunidade. Tal análise vai de encontro a literatura, ao confirmar que muitos dos serviços de saúde mental comunitária ainda estão em processos de implementação de intervenções mais centradas e adaptadas as necessidades e interesses dos utentes, encontrando-se ainda no funcionamento de abordagens institucionais e intervenções padronizadas que promovem pouca, ou até mesmo nenhuma, integração social e exercício de cidadania (Nelson, Kloods & Ornelas, 2014).

O desenvolvimento de capacidades demanda a criação, o enriquecimento e a flexibilização de respostas dos serviços, que irão expandir o leque de opções de escolha e de suporte para que as pessoas com experiência de doença mental tenham os meios necessários de se engajar nas atividades que eles valorizam (Nelson et al., 2014). Compreende-se, portanto, que os serviços orientados para o florescimento de capacidades buscarão aumentar o acesso das pessoas com experiência de doença mental a oportunidades e apoios que lhes permitam viver uma vida de qualidade, entendendo vida de qualidade como a capacidade das pessoas fazerem ou serem o que valorizam, participando na vida da comunidade da forma que quiserem (Davidson, et al., 2009).

Este princípio, chama atenção para uma melhor distribuição dos recursos disponíveis na comunidade, o que se pretende é a ampliação de acessos, como o da educação, trabalho e habitação disponíveis na comunidade, assegurando a uma população historicamente oprimida e atualmente vulnerável, oportunidades reais. A justiça social e o acesso a recursos valorizados requerem mudanças estruturais. Ao alargar-se as ofertas e impactos dos contextos comunitários promotores do florescimento de capacidades estaremos promovendo tentativas para enfrentar as barreiras que acabam por acarretar na exclusão social, proporcionando assim, maior participação social, inclusão e respeito pela diversidade.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, S.M., Neu Young, S., DeFino, M. C., Franco, Z., Nelson, D. A. (2017). Towards a practical model for community engagement: Advancing the art and science in academic health centers. *Journal of clinical and translational science*, 1:5, 310-315.
- Anand, P., Hunter, G., Carter, I., Dowding, K., Guala, F., & Van Hees, M. (2009). The development of capability indicators. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10,125–152.
- Bigby, C., Frawley, P. (2010). Reflections on doing inclusive research in the “Making Life Good in the Community”. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35:2, 53-61.
- Brunner, R. (2017). Why do people with mental distress have poor social outcomes? Four lessons from the capabilities approach. *Social Science and Medicine*, 191, 160-167.
- Cattaneo, L.B., Goodman, L. A. (2015). What is empowerment anyway? A model for domestic violence practice, research and evaluation. *Psychology of Violence*, 5:1, 89-94.

- Chamberlin, J., Anthony, G., Farkas, M. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41:2, 141-158.
- Coast, J., Kinghorn, P., Mitchell, P. (2015). The development of Capability Measures in Health Economics: Opportunities, Challenges and Progress. *Patient Centered Outcomes Research*, 8, 119-126.
- Connell, J., O` Cathain, A., Lloyd- Jone, M., Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Quality Life Outcomes*, 10, 138.
- Corrigan, P., Salzer, M., Ralph, R., Sangster, Y., Keck, L. (2004). Examining factor structure of recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1035-1041.
- 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, 35-46.
- Stewart, F. (2019). The human Development Approach: An Overview. *Oxford Development Studies*, 47:2, 135-153.
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science and Medicine*, 65, 868-879.
- Ibrahim, S. (2011). From Individual to Collective Capabilities: The Capability Approach as a Conceptual Framework for Self-hel. *Journal of Human Development*, 7,3,397-416.
- Jones, G., Delany, T. (2014). What does Collaborative Practice mean within Mental Healthcare? A Qualitative Study Exploring Understandings and Proposing a Definition. *Journal of Research in Interprofessional Practice an Education*, 33, 213-235.
- Jorge Monteiro, M., Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas Moniz, V., Ornelas, J. (2014). What transformation? A qualitative study of empowering settings and community mental health organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 5, 1-13.
- Jorge Monteiro, M., Ornelas, J. (2016). Recovery Assessment scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users. *Psychological Assessment*, 28, 1-11.
- Jorge Monteiro, M., Ornelas, J. (2016). "What's wrong with the seed?" A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health. *Community Mental Health Journal*, 52, 821-833.

- Logelley, P., Lorimer, K., Fenwick, E., Briggs, A., Anand, P. (2015). Operationalising the capability approach as an outcome measure in public health: The development of the OCAP-18. *Social Science and Medicine*, 142, 68-81.
- Minkler, M., Wallerstein, N. (2008). *Community-based participatory research for health: From process to outcomes* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (Eds.). (2014). *Community psychology and community mental health*. New York, NY: Oxford University Press.
- Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development*. Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. (2000). Women's Capabilities and Social Justice. *Journal of Human Development*, 1, 219-247.
- Nussbaum, M. (2003). Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics*, 9, 33-59.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities: the human development approach*. MA: Harvard University Press.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária. Fim do Século* Edições, Sociedade Unipessoal, Lda. Lisboa.
- Ornelas, J., Sacchetto, B., Aguiar, R., Jorge Monteiro, M. (2012). Community-based participatory research: a collaborative study to measure capabilities towards recovery in mental health community organizations. *Psychology, community & health*, 1, 3-18.
- Ornelas, J., Duarte, T., Jorge-Monteiro, M. F. (2014). Transformative Organizational Change in Community Mental Health. (253-277). In Nelson, G., Kloos, B., Ornelas, J. (2014). *Community Psychology and Community Mental Health*. Oxford University Press.
- Ornelas, J., Jorge Monteiro, M.F., Duarte, T., Vargas Moniz, M. (2019). The role of community integration and empowerment for the transformative change in community mental health. *Community Psychology in Global Perspective*, 5 (1), 38-55.
- Martins, P., Ornelas, J., Silva, C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon. *Journal of Environmental Psychology*, 17, 44-52.
- Petros, R., Solomon, P., Linz, S., DeCesaris, M., Hanrahan, N. (2016). Capabilities Approach: Contextualizing Participants' Perspectives on Systems Barriers to Recovery. *International Journal of Mental Health*, 45, 262-278.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.

- Robeyns, I. (2005). The capability approach: A theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6, 93-117.
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C. (2011). Barriers and facilitators of disclosure of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 198:3, 189-194.
- Sacchetto, B., Aguiar, R., Vargas-Moniz, M. J., Jorge-Monteiro, M. F., Neves, M. J., Cruz, M. A., Ornelas, J. (2016). 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*, 39, 55-61.
- Sacchetto, B., Ornelas, J., Calheiros, M., Shinn, M. (2018). Adaptation of Nussabum’s Capabilities Framework to Community Mental Health: A Consumer-Based Capabilities Measure. *American Journal of Community Psychology*, 1-15.
- Sen, A. (1982). Choice, welfare and measurement. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sen, A. (1987). On Ethics and Economics. Oxford and New York: Basil Blackwell.
- Sen, A. (1992). Inequality Reexamined. Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A (1999). Development as freedom. Oxford: Oxford University Press.
- Shinn, M. (2015). Community psychology and the capabilities approach. *American Journal of Community Psychology*, 55, 243-252.
- Simon, J., Anand, P., Gray, A., Rugkåsa, J., Yeeles, K., & Burns, T. (2013). Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Social Science & Medicine*, 98,187–196.
- Simon, J., Laszewska, A., Leutner, E., Spiel, G., Churchman, D., Mayer, S. (2018). Cultural and linguistic transferability of the multi-dimensional OxCAP-MH capability instrument for outcome measurement in mental health: The German language version. *BMC Psychiatry*, 18, 173-181.
- Smith, M., Seward, C. (2009). The relational ontology of Amartya Sen’s capability approach: incorporating social and individual causes. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10, 213-235.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2009). Human Development Report. Oxford University Press.

- Vergunst, F., Jenkinson, C., Burns, T., Anand, P., Alastair, G., Rugkasa, J., Simon, J. (2017). Psychometric validation of multidimensional capability instrument for outcome measurement in mental health research (OxCA-MH). *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 250-261.
- Ware, N., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., Fisher, D. (2008). A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric Services*, 59, 27-33.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimento Informado



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/BPD/92224/2013



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 Galheiros (CIS, ISCTE - IUL; CICPSI - IUL).

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 gostáramos 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 4 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 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 ____/____/____

Anexo 2: Caracterização Individual



Faculdade de Ciências e Tecnologia

Validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades
para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental
SI 03 V1ED/92224/2013



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

Dados do entrevistado/a

1. Idade _____ Anos

2. Data de nascimento ____/____/____

3. Sexo Homem Mulher

4.1. Nacionalidade _____

4.2. Etnia

<input type="checkbox"/> Lusa/Caucasiana	<input type="checkbox"/> Africana
<input type="checkbox"/> Brasileira	<input type="checkbox"/> Países de Leste
<input type="checkbox"/> Mista	<input type="checkbox"/> Outra (especifique) _____

5. Estado civil

<input type="checkbox"/> Solteiro/a	<input type="checkbox"/> Casado/a
<input type="checkbox"/> Unido 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?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empregado/a | <input type="checkbox"/> Estagiário/a |
| <input type="checkbox"/> Voluntário/a | <input type="checkbox"/> Desempregado/a |
| <input type="checkbox"/> Reformado/a de trabalho | <input type="checkbox"/> Pensão social ou RSI |
| <input type="checkbox"/> Pensão de invalidez | <input type="checkbox"/> 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

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

Anexo 3: Questionário das Capacidades Alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)

FCT

Investigação Científica e Inovação

Validação e adaptação transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental

SFRH/BID/92224/2013



Questionário das Capacidades alcançadas em 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. _____ conseguiu:

	Escala de Resposta			
	4	3	2	1
	Consegui alcançar totalmente	Consegui alcançar parcialmente	Não consegui muito	Não consegui alcançar de todo
1 ... ser sociável.	4	3	2	1
2 ... ter esperança para o meu futuro.	4	3	2	1
3 ... sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade.	4	3	2	1
4 ... ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.	4	3	2	1
5 ... organizar-me nas tarefas de casa.	4	3	2	1
6 ... participar nos eventos familiares.	4	3	2	1
7 ... assistir a eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	4	3	2	1
8 ... sentir-me integrado/a na comunidade.	4	3	2	1
9 ... ter confiança em viver uma vida longa.	4	3	2	1
10 ... ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	4	3	2	1
11 ... ter controlo sobre as actividades do dia a dia.	4	3	2	1
12 ... ser sócio/a da organização.	4	3	2	1
13 ... estar a vontade em espaços públicos.	4	3	2	1
14 ... valorizar as minhas potencialidades.	4	3	2	1
15 ... gerir o meu dinheiro.	4	3	2	1
16 ... ter sentimentos de pertença à comunidade.	4	3	2	1
17 ... ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental.	4	3	2	1

Através do suporte de _____ consigo:

	Consigam alcançar totalmente		Não consigam alcançar de todo	
18 ... estar alegre.	4	3	2	1
19 ... ser autónomo/a na gestão da minha medicação.	4	3	2	1
20 ... representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental.	4	3	2	1
21 ... tornar-me autónomo/a a nível financeiro.	4	3	2	1
22 ... sentir-me aceite pela minha família.	4	3	2	1
23 ... cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina).	4	3	2	1
24 ... participar num grupo de ajuda mútua de pares (i.e. com outras pessoas com experiência de doença mental, sem profissionais).	4	3	2	1
25 ... apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	4	3	2	1
26 ... desfrutar do ambiente natural.	4	3	2	1
27 ... tornar-me independente da minha família.	4	3	2	1
28 ... ter poder de decisão sobre a minha vida.	4	3	2	1
29 ... ter novos relacionamentos sociais.	4	3	2	1
30 ... ser optimista.	4	3	2	1
31 ... ocupar a mente com coisas úteis para a minha vida.	4	3	2	1
32 ... interagir com os membros da comunidade.	4	3	2	1
33 ... ser assertivo/a.	4	3	2	1
34 ... aceder a uma habitação independente.	4	3	2	1
35 ... ganhar alegria de viver.	4	3	2	1
36 ... ter oportunidades de diversão.	4	3	2	1
37 ... participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	4	3	2	1
38 ... ter sentido de responsabilidade.	4	3	2	1
39 ... confaccionar as minhas refeições.	4	3	2	1
40 ... ter autoconfiança.	4	3	2	1
41 ... sentir-me emocionalmente equilibrado/a.	4	3	2	1
42 ... melhorar o relacionamento com a minha família.	4	3	2	1
43 ... ser membro dos corpos sociais da organização.	4	3	2	1
44 ... ser assíduo/a.	4	3	2	1
45 ... ter consciência da minha condição física.	4	3	2	1
46 ... estar relaxado/a.	4	3	2	1
47 ... ter esperança de viver bem.	4	3	2	1
48 ... ter auto-estima.	4	3	2	1

Anexo 4: World Health Organization Quality of Life – Versão Abreviada (WHOQOL-Bref)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muito/muito
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	E capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 6: Recovery Assessment Scale (RAS)

FCT

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



RAS-PT¹

ID-ORG [] [] [] []

ID-IND [] [] [] [] [] []

Data / /

Abaixo encontra um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos das pessoas sobre si próprias e sobre as suas vidas.

Por favor, leia cada uma delas com atenção e faça um círculo no número que melhor descreve até que ponto concorda ou discorda com a afirmação.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O receio não me impede de viver como eu quero.	1	2	3	4	5
2. Eu consigo lidar com o que acontece na minha vida.	1	2	3	4	5
3. Eu gosto de mim próprio(a).	1	2	3	4	5
4. Se as pessoas realmente me conhecessem, gostariam de mim.	1	2	3	4	5
5. Eu tenho uma ideia daquilo que eu quero ser.	1	2	3	4	5
6. Alguma coisa de bom eventualmente acontecerá.	1	2	3	4	5
7. Tenho esperança acerca do meu futuro.	1	2	3	4	5
8. Continuo a ter novos interesses.	1	2	3	4	5
9. Consigo lidar com o stress.	1	2	3	4	5
10. Sei quando devo pedir ajuda.	1	2	3	4	5
11. Estou disposto(a) a pedir ajuda.	1	2	3	4	5
12. Eu peço ajuda quando preciso.	1	2	3	4	5
13. Tenho o desejo de ter sucesso.	1	2	3	4	5
14. Eu tenho o meu próprio plano para estar ou ficar bem.	1	2	3	4	5
15. Tenho objectivos na minha vida que quero alcançar.	1	2	3	4	5
16. Acredito que posso ir ao encontro dos meus objectivos pessoais actuais.	1	2	3	4	5
17. A minha vida tem um propósito.	1	2	3	4	5
18. Mesmo quando eu não me preocupo comigo, outros fazem-no.	1	2	3	4	5
19. Tenho pessoas com quem posso contar.	1	2	3	4	5
20. Mesmo quando não acredito em mim, outros acreditam.	1	2	3	4	5
21. É importante ter uma rede de amigos.	1	2	3	4	5
22. Lidar com a doença mental já não é o foco principal na minha vida.	1	2	3	4	5
23. Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida.	1	2	3	4	5
24. Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos.	1	2	3	4	5

(1) Recovery Assessment Scale. Versão reduzida. Traduzida por Maria F. Jorge-Monteiro, Beatrice Sacchetti e Rita Aguiar (2011).

Anexo 7: Empowerment Scale (BUES)

ESTUDO
Promoção das capacidades e da integração de pessoas com doença mental



BUES-PT¹

ID-ORG [] [] [] [] []

ID-IND [] [] [] [] [] [] [] []

Data / /

Abaixo encontra afirmações relacionadas com perspectivas de vida e tomadas de decisão.

Não perca muito tempo em cada questão e seja verdadeiro(a) consigo mesmo(a), para que as respostas reflectam os seus verdadeiros sentimentos.

Assinale com um círculo o número que melhor corresponde ao que sente em relação à frase.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Consigo determinar bastante bem o que acontecerá na minha vida.	4	3	2	1
2. As pessoas têm mais poder se se juntarem num grupo.	4	3	2	1
3. Ficar zangado(a) com alguma coisa nunca ajuda.	4	3	2	1
4. Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a).	4	3	2	1
5. Sou, habitualmente, confiante com as decisões que tomo.	4	3	2	1
6. As pessoas não têm o direito de se zangar, só porque não gostam de alguma coisa.	4	3	2	1
7. A maioria dos infortúnios, na minha vida, teve a ver com má sorte.	4	3	2	1
8. Vejo-me como uma pessoa capaz.	4	3	2	1
9. Levantar ondas nunca leva a lado nenhum.	4	3	2	1
10. As pessoas a trabalhar em conjunto podem influenciar a sua comunidade.	4	3	2	1
11. Habitualmente, sou capaz de ultrapassar barreiras.	4	3	2	1
12. Sou, geralmente, optimista em relação ao futuro.	4	3	2	1
13. Quando faço planos, estou quase certo (a) de ser capaz de os fazer resultar.	4	3	2	1
14. Normalmente sinto-me sozinho(a).	4	3	2	1
15. Os especialistas estão em melhor posição para decidir o que as pessoas devem fazer ou aprender.	4	3	2	1
16. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	4	3	2	1
17. Geralmente, concretizo o que me proponho a fazer.	4	3	2	1
18. As pessoas devem tentar viver as suas vidas como querem.	4	3	2	1
19. A maior parte do tempo, sinto-me sem poder.	4	3	2	1
20. Quando não tenho a certeza sobre alguma coisa, normalmente, sigo o resto do grupo.	4	3	2	1
21. Sinto que sou uma pessoa de valor tanto como qualquer outra.	4	3	2	1
22. As pessoas têm o direito de tomar as suas próprias decisões, mesmo que sejam más decisões.	4	3	2	1
23. Sinto que tenho algumas boas qualidades.	4	3	2	1
24. Frequentemente, um problema pode ser resolvido agindo.	4	3	2	1
25. Trabalhar com os outros, na minha comunidade, pode ajudar a mudar as coisas para melhor.	4	3	2	1

(1) Copyright 1991 Trustees of Boston University – Center for Psychiatric Rehabilitation, Sciarappa & Rogers. Tradução de Maria F. Jorge Monteiro, José Jerónimo, e Rita Aguiar (2011).

Anexo 8: Outputs do SPSS

- Escala: CQ1_Optimism

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	201	99,0
	Excluídos ^a	2	1,0
	Total	203	100,0

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

Estadísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,891	,891	13

Estadísticas de item

	Média	Erro Desvio	N
35... ganhar alegria de viver.	3,15	,926	201
30... ser otimista.	3,21	,865	201
18... estar alegre.	3,17	,886	201
48... ter auto-estima.	3,16	,937	201
47... ter esperança de viver bem.	3,36	,802	201
40... ter autoconfiança.	3,15	,889	201
31... ocupar a mente com coisas úteis para a vida.	3,23	,849	201
2... ter esperança para o meu futuro.	3,16	,847	201
36... ter oportunidades de diversão.	3,19	,835	201
46... estar relaxado/a.	3,07	,848	201
14... valorizar as minhas potencialidades.	3,22	,851	201
9... ter confiança em viver uma vida longa.	3,00	1,000	201

41... sentir-me emocionalmente equilibrado/a.	3,12	,836	201
---	------	------	-----

Estatísticas de escala

Média	Variância	Erro Desvio	N de itens
41,23	56,240	7,499	13

- Escala: CQ2_Affiliation

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	200	98,5
	Excluídos ^a	3	1,5
	Total	203	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
,819	,819	9

Estatísticas de item

	Média	Erro Desvio	N
8... sentir-me integrado na comunidade.	3,10	,919	200
16... ter sentimentos de pertença à comunidade.	3,10	,949	200
32... interagir com os membros da comunidade.	3,11	,884	200
29... ter novos relacionamentos sociais.	3,18	,932	200
1... ser sociável.	3,29	,780	200
26... desfrutar do ambiente natural.	3,24	,924	200
3... sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade.	3,31	,829	200
13... estar à vontade em espaços públicos.	3,16	,863	200

33... ser assertivo/a.	3,03	,913	200
------------------------	------	------	-----

Estatísticas de escala

Média	Variância	Erro Desvio	N de itens
28,50	26,171	5,116	9

- Escala: CQ3_Activism

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	203	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	203	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
,834	,836	8

Estatísticas de item

	Média	Erro Desvio	N
20... representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental.	2,08	1,179	203
7... assistir a eventos publicos na area da saude mental.	2,25	1,182	203
25... apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	1,73	1,090	203
24... participar num grupo de ajuda mútua de pares (i.e. com outras pessoas com experiência de doença mental, sem profissionais).	2,13	1,238	203

37... participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	2,18	1,190	203
12... ser sócio/a da organização.	1,89	1,218	203
10... ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	2,29	1,185	203
43... ser membro dos corpos sociais da organização.	1,66	1,047	203

Estatísticas de escala

Média	Variância	Erro Desvio	N de itens
16,21	40,405	6,357	8

- Escala: CQ4_PracticalReason

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	201	99,0
	Excluídos ^a	2	1,0
	Total	203	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
,718	,727	8

Estatísticas de item

	Média	Erro Desvio	N
5... organizar-me nas tarefas de casa.	3,01	,982	201
45... ter consciência da minha condição física.	3,47	,755	201
44... ser assíduo/a.	3,35	,866	201
38... ter sentido de responsabilidade.	3,37	,809	201

23... cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina).	3,32	,911	201
39... confeccionar as minhas refeições.	2,60	1,213	201
11... ter controlo sobre as actividades do dia a dia.	3,19	,853	201
4... ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.	3,13	,983	201

Estadísticas de escala

Média	Variância	Erro Desvio	N de itens
25,46	18,669	4,321	8

- Escala: CQ5_SelSufficiencySelfDetermination

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	201	99,0
	Excluídos ^a	2	1,0
	Total	203	100,0

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

Estadísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,784	,789	7

Estadísticas de item

	Média	Erro Desvio	N
21... tornar-me autónomo/a a nível financeiro.	2,65	1,170	201
34... aceder a uma habitação independente.	2,13	1,286	201
17... ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental.	2,98	1,116	201
15... gerir o meu dinheiro.	2,91	1,078	201

19... ser autônomo/a na gestão da minha medicação.	3,06	1,182	201
27... tornar-me independente da minha família.	2,77	1,112	201
28... ter poder de decisão sobre a minha vida.	3,08	,904	201

Estatísticas de escala

Média	Variância	Erro Desvio	N de itens
19,58	27,084	5,204	7

- Escala: CQ6_Family

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	201	99,0
	Excluídos ^a	2	1,0
	Total	203	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
,666	,671	3

Estatísticas de item

	Média	Erro Desvio	N
22... sentir-me aceite pela minha família.	3,30	,917	201
42... melhorar o relacionamento com a minha família.	3,19	,935	201
6... participar nos eventos familiares.	2,99	1,025	201

Estatísticas de escala

Média	Variância	Erro Desvio	N de itens
-------	-----------	-------------	------------

9,48	4,971	2,230	3
------	-------	-------	---

- Escala: CQ_Overall

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	200	98,5
	Excluídos ^a	3	1,5
	Total	203	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
,932	,935	48

Estatísticas de item

	Média	Erro Desvio	N
1... ser sociável.	3,29	,780	200
2... ter esperança para o meu futuro.	3,17	,849	200
3... sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade.	3,31	,829	200
4... ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.	3,14	,986	200
5... organizar-me nas tarefas de casa.	3,02	,985	200
6... participar nos eventos familiares.	3,00	1,025	200
7... assistir a eventos publicos na area da saude mental.	2,26	1,183	200
8... sentir-me integrado na comunidade.	3,10	,919	200
9... ter confiança em viver uma vida longa.	3,01	1,000	200

10... ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	2,29	1,180	200
11... ter controlo sobre as actividades do dia a dia.	3,20	,855	200
12... ser sócio/a da organização.	1,88	1,207	200
13... estar à vontade em espaços públicos.	3,16	,863	200
14... valorizar as minhas potencialidades.	3,23	,849	200
15... gerir o meu dinheiro.	2,91	1,081	200
16... ter sentimentos de pertença à comunidade.	3,10	,949	200
17... ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental.	2,98	1,116	200
18... estar alegre.	3,18	,884	200
19... ser autónomo/a na gestão da minha medicação.	3,06	1,185	200
20... representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental.	2,09	1,181	200
21... tornar-me autónomo/a a nível financeiro.	2,65	1,169	200
22... sentir-me aceite pela minha família.	3,30	,919	200
23... cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina).	3,33	,913	200
24... participar num grupo de ajuda mútua de pares (i.e. com outras pessoas com experiência de doença mental, sem profissionais).	2,14	1,240	200
25... apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	1,73	1,084	200
26... desfrutar do ambiente natural.	3,24	,924	200
27... tornar-me independente da minha família.	2,78	1,114	200
28... ter poder de decisão sobre a minha vida.	3,09	,903	200

29... ter novos relacionamentos sociais.	3,18	,932	200
30... ser otimista.	3,22	,863	200
31... ocupar a mente com coisas úteis para a vida.	3,24	,846	200
32... interagir com os membros da comunidade.	3,11	,884	200
33... ser assertivo/a.	3,03	,913	200
34... aceder a uma habitação independente.	2,13	1,288	200
35... ganhar alegria de viver.	3,16	,925	200
36... ter oportunidades de diversão.	3,20	,837	200
37... participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	2,18	1,189	200
38... ter sentido de responsabilidade.	3,37	,810	200
39... confeccionar as minhas refeições.	2,61	1,215	200
40... ter autoconfiança.	3,16	,888	200
41... sentir-me emocionalmente equilibrado/a.	3,12	,836	200
42... melhorar o relacionamento com a minha família.	3,19	,937	200
43... ser membro dos corpos sociais da organização.	1,67	1,053	200
44... ser assíduo/a.	3,36	,868	200
45... ter consciência da minha condição física.	3,47	,756	200
46... estar relaxado/a.	3,08	,847	200
47... ter esperança de viver bem.	3,37	,803	200
48... ter auto-estima.	3,17	,936	200

- Escala: BUES

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,754	,777	25

- Escala: RAS_Overall

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,891	,895	24

- Escala: WHOQOL-Bref

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,823	,842	26

- Escala: K6

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,841	,842	6

22]

Correlações

		Q1_O	Q2_Aff	Q3_Act	Q4_Pr	Q5_Self	Q6_F	Q7_O	Q8_Ph	Q9_Ps	Q10_So	Q11_En	Q12_Ge	Q13_O
		ptimism	iliation	tivism	acticalR	ncy_Self	amily	verall	ysicalHe	ychologi	cial_Rel	vironme	neraldo	verall
Q1_Optimism	Correlação de Pearson	1	,752**	,350**	,606**	,452**	,418**	,844**	,343**	,496**	,357**	,332**	,378**	,549**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	201	200	201	201	201	201	200	173	194	192	193	196	171
Q2_Affiliation	Correlação de Pearson	,752**	1	,353**	,562**	,414**	,317**	,797**	,282**	,392**	,283**	,224**	,208**	,426**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,003	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	173	193	191	192	195	171
Q3_Activism	Correlação de Pearson	,350**	,353**	1	,346**	,548**	,262**	,685**	,033	,080	,085	,151*	,138	,228**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,668	,268	,240	,036	,052	,003
	N	201	200	203	201	201	201	200	173	196	194	195	198	171
Q4_Practical Reason	Correlação de Pearson	,606**	,562**	,346**	1	,494**	,407**	,757**	,337**	,292**	,208**	,260**	,252**	,431**

	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,004	,000	,000	,000
	N	201	200	201	201	201	201	200	173	194	192	193	196	171
Q5_SelfSufficiency_SelfDetermination	Correlação de Pearson	,452**	,414**	,548**	,494**	1	,213**	,733**	,129	,232**	,057	,166	,172	,287**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000		,002	,000	,091	,001	,430	,021	,016	,000
	N	201	200	201	201	201	201	200	173	194	192	193	196	171
Q6_Family	Correlação de Pearson	,418**	,317**	,262**	,407**	,213**	1	,501**	,080	,221**	,264**	,258**	,183	,275**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,002		,000	,295	,002	,000	,000	,010	,000
	N	201	200	201	201	201	201	200	173	194	192	193	196	171
Q7_Overall	Correlação de Pearson	,844**	,797**	,685**	,757**	,733**	,501**	1	,284**	,393**	,284**	,310**	,313**	,514**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	173	193	191	192	195	171
Q8_PhysicalHealth	Correlação de Pearson	,343**	,282**	,033	,337**	,129	,080	,284**	1	,535**	,186	,442**	,483**	,755**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,668	,000	,091	,295	,000		,000	,015	,000	,000	,000
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	172	173	171
Q9_PsychologicalHealth	Correlação de Pearson	,496**	,392**	,080	,292**	,232**	,221**	,393**	,535**	1	,318**	,580**	,580**	,797**

	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,268	,000	,001	,002	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	194	193	196	194	194	194	193	173	196	194	195	196	171
QoL_Social_Relationships	Correlação de Pearson	,357**	,283**	,085	,208**	,057	,264**	,284**	,186*	,318**	1	,393**	,333**	,550**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,240	,004	,430	,000	,000	,015	,000		,000	,000	,000
	N	192	191	194	192	192	192	191	172	194	194	193	194	171
QoL_Environment	Correlação de Pearson	,332**	,224**	,151*	,260**	,166*	,258**	,310**	,442**	,560**	,393**	1	,540**	,815**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,002	,036	,000	,021	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	193	192	195	193	193	193	192	172	195	193	195	195	171
QoL_generalmain	Correlação de Pearson	,378**	,208**	,138	,252**	,172*	,183*	,313**	,483**	,560**	,333**	,540**	1	,683**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,003	,052	,000	,016	,010	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	196	195	198	196	196	196	195	173	196	194	195	198	171
QoL_Overall	Correlação de Pearson	,549**	,426**	,228**	,431**	,287**	,275**	,514**	,755**	,797**	,550**	,815**	,683**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171	171

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

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

□

Correlações

		K6_Cutpoint_Furukawa	CQ1_Optimism	CQ2_Affiliation	CQ3_Activism	CQ4_PracticalReason	CQ5_SelfSufficiency_SelfDetermination	CQ6_Family	CQ7_Overall
K6_Cutpoint_Furukawa	Correlação de Pearson	1	-,248**	-,158*	-,046	-,102	-,091	-,009	-,169*
	Sig. (2 extremidades)		,000	,027	,515	,156	,205	,900	,018
	N	199	197	196	199	197	197	197	196
CQ1_Optimism	Correlação de Pearson	-,248**	1	,752**	,350**	,606**	,452**	,418**	,844**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	197	201	200	201	201	201	201	200
CQ2_Affiliation	Correlação de Pearson	-,158*	,752**	1	,353**	,562**	,414**	,317**	,797**
	Sig. (2 extremidades)	,027	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	196	200	200	200	200	200	200	200
CQ3_Activism	Correlação de Pearson	-,046	,350**	,353**	1	,346**	,548**	,262**	,685**
	Sig. (2 extremidades)	,515	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	199	201	200	203	201	201	201	200
CQ4_PracticalReason	Correlação de Pearson	-,102	,606**	,562**	,346**	1	,494**	,407**	,757**

	Sig. (2 extremidades)	,156	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	197	201	200	201	201	201	201	200
CQ5_SelfSufficiency_SelfDetermination	Correlação de Pearson	-.091	,452**	,414**	,548**	,494**	1	,213**	,733**
	Sig. (2 extremidades)	,205	,000	,000	,000	,000		,002	,000
	N	197	201	200	201	201	201	201	200
CQ6_Family	Correlação de Pearson	-.009	,418**	,317**	,262**	,407**	,213**	1	,501**
	Sig. (2 extremidades)	,900	,000	,000	,000	,000	,002		,000
	N	197	201	200	201	201	201	201	200
CQ_Overall	Correlação de Pearson	-.169*	,844**	,797**	,685**	,757**	,733**	,501**	1
	Sig. (2 extremidades)	,018	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	196	200	200	200	200	200	200	200

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

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

		Correlações												
		EmpO verall	SelfEste em_Self Efficacy	Power_ Powerle ssness	CommA ctivism_ Autonomy	Optimis m_Contr olOverE ature	Righteo usAnger	CQ1_O ptimism	CQ2_Aff iliation	CQ3_Ac tivism	CQ4_Pr acticalR eason	CQ5_Se lfSufficie ncy_Self Determination	CQ6_F amily	CQ_O verall
EmpOverall	Correlação de Pearson	1	,836**	,278**	,652**	,719**	-.028	,320**	,204**	,216**	,161*	,182*	,087	,283**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,000	,000	,714	,000	,004	,002	,024	,011	,226	,000
	N	196	196	196	196	196	196	194	193	196	194	194	194	193
SelfEsteem_SelfEfficacy	Correlação de Pearson	,836**	1	-.205**	,663**	,720**	-.313**	,232**	,176*	,125	,131	,165*	,010	,208**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,004	,000	,000	,000	,001	,015	,080	,068	,022	,895	,004
	N	196	196	196	196	196	196	194	193	196	194	194	194	193
Power_Powerless	Correlação de Pearson	,278**	-.205**	1	-.290**	-.167*	,501**	,187**	,128	,227**	,107	,088	,130	,203**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,004		,000	,019	,000	,009	,077	,001	,137	,223	,072	,005
	N	196	196	196	196	196	196	194	193	196	194	194	194	193
CommActivism_Autonomy	Correlação de Pearson	,652**	,663**	-.290**	1	,575**	-.435**	-.001	-.041	,040	-.056	,024	-.077	-.018
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000		,000	,000	,987	,571	,576	,439	,739	,288	,807
	N	196	196	196	196	196	196	194	193	196	194	194	194	193

Optimism_ControlOverFuture	Correlação de Pearson	,719**	,720**	-,167*	,575**	1	-,218**	,313**	,178*	,059	,186**	,092	,111	,216**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,019	,000		,002	,000	,013	,412	,009	,202	,122	,003
	N	196	196	196	196	196	196	194	193	196	194	194	194	193
RighteousAnger	Correlação de Pearson	-,026	-,313**	,501**	-,435**	-,218**	1	,138	,078	,112	,099	,070	,126	,147
	Sig. (2 extremidades)	,714	,000	,000	,000	,002		,054	,280	,119	,171	,335	,079	,042
	N	196	196	196	196	196	196	194	193	196	194	194	194	193
CQ1_Optimism	Correlação de Pearson	,320**	,232**	,187**	-,001	,313**	,138	1	,752**	,350**	,606**	,452**	,418**	,844**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,001	,009	,987	,000	,054		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	194	194	194	194	194	194	201	200	201	201	201	201	200
CQ2_Affiliation	Correlação de Pearson	,204**	,176**	,128	-,041	,178**	,078	,752**	1	,353**	,582**	,414**	,317**	,797**
	Sig. (2 extremidades)	,004	,015	,077	,571	,013	,280	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	193	193	193	193	193	193	200	200	200	200	200	200	200
CQ3_Activism	Correlação de Pearson	,216**	,125	,227**	,040	,059	,112	,350**	,353**	1	,346**	,548**	,262**	,685**
	Sig. (2 extremidades)	,002	,080	,001	,576	,412	,119	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	196	196	196	196	196	196	201	200	203	201	201	201	200
CQ4_Practical Reason	Correlação de Pearson	,161*	,131	,107	-,056	,186**	,099	,606**	,582**	,346**	1	,494**	,407**	,757**

	Sig. (2 extremidades)	,024	,068	,137	,439	,009	,171	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	194	194	194	194	194	194	201	200	201	201	201	201	200
CQ5_SelfSufficiency_SelfDetermination	Correlação de Pearson	,182*	,165*	,088	,024	,092	,070	,452**	,414**	,548**	,494**	1	,213**	,733**
	Sig. (2 extremidades)	,011	,022	,223	,739	,202	,335	,000	,000	,000	,000		,002	,000
	N	194	194	194	194	194	194	201	200	201	201	201	201	200
CQ6_Family	Correlação de Pearson	,087	,010	,130	-,077	,111	,126	,418**	,317**	,262**	,407**	,213**	1	,501**
	Sig. (2 extremidades)	,226	,895	,072	,288	,122	,079	,000	,000	,000	,000	,002		,000
	N	194	194	194	194	194	194	201	200	201	201	201	201	200
CQ_Overall	Correlação de Pearson	,283**	,208**	,203**	-,018	,216**	,147	,844**	,797**	,685**	,757**	,733**	,501**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,004	,005	,807	,003	,042	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	193	193	193	193	193	193	200	200	200	200	200	200	200

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

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

□

		Correlações											RAS_PT	RAS_PT	RAS_PT
		CQ1_Optimism	CQ2_Affiliation	CQ3_Activism	CQ4_PracticalReason	CQ5_SelfSufficiency_SelfDetermination	CQ6_Family	CQ_Overall	RAS_Overall	RAS_PT_PersonalGoals	RAS_PT_Management	RAS_PT_IndividualRelationships	RAS_PT_BeyondSymptoms		
CQ1_Optimism	Correlação de Pearson	1	,752**	,350**	,606**	,452**	,418**	,844**	,415**	,428**	,177*	,114	,365**		
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,013	,112	,000		
	N	201	200	201	201	201	201	200	195	195	195	195	195		
CQ2_Affiliation	Correlação de Pearson	,752**	1	,353**	,562**	,414**	,317**	,797**	,305**	,300**	,158*	,059	,293**		
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,027	,414	,000		
	N	200	200	200	200	200	200	200	194	194	194	194	194		
CQ3_Activism	Correlação de Pearson	,350**	,353**	1	,346**	,548**	,262**	,685**	,145*	,212**	,003	,083	,050		
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,042	,003	,983	,380	,488		
	N	201	200	203	201	201	201	200	197	197	197	197	197		
CQ4_PracticalReason	Correlação de Pearson	,606**	,562**	,346**	1	,494**	,407**	,757**	,305**	,257**	,177*	,089	,329**		
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,013	,215	,000		
	N	201	200	201	201	201	201	200	195	195	195	195	195		
CQ5_SelfSufficiency_SelfDetermination	Correlação de Pearson	,452**	,414**	,548**	,494**	1	,213**	,733**	,184*	,219**	,090	-,006	,145*		
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000		,002	,000	,010	,002	,209	,937	,044		
	N	201	200	201	201	201	201	200	195	195	195	195	195		
CQ6_Family	Correlação de Pearson	,418**	,317**	,262**	,407**	,213**	1	,501**	,170*	,139	,118	,159*	,111		
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,002		,000	,017	,052	,099	,026	,124		
	N	201	200	201	201	201	201	200	195	195	195	195	195		
CQ_Overall	Correlação de Pearson	,844**	,797**	,685**	,757**	,733**	,501**	1	,354**	,372**	,163*	,094	,298**		
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,023	,193	,000		
	N	200	200	200	200	200	200	200	194	194	194	194	194		
RAS_Overall	Correlação de Pearson	,415**	,305**	,145*	,305**	,184*	,170*	,354**	1	,905**	,503**	,680**	,770**		
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,042	,000	,010	,017	,000		,000	,000	,000	,000		
	N	195	184	197	195	195	195	184	197	197	197	197	197		

RAS_PT_PersonalGoalsHope	Correlação de Pearson	,428**	,300**	,212**	,257**	,219**	,139	,372**	,905**	1	,307**	,517**	,563**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,003	,000	,002	,052	,000	,000		,000	,000	,000
	N	195	194	197	195	195	195	194	197	197	197	197	197
RAS_PT_ManagingHelpNeeds	Correlação de Pearson	,177*	,158*	,003	,177**	,090	,118	,163*	,503**	,307**	1	,288**	,218**
	Sig. (2 extremidades)	,013	,027	,983	,013	,209	,099	,023	,000	,000		,000	,002
	N	195	194	197	195	195	195	194	197	197	197	197	197
RAS_PT_SupportiveInterpersonalRelationships	Correlação de Pearson	,114	,059	,083	,089	-,006	,159*	,094	,680**	,517**	,288**	1	,368**
	Sig. (2 extremidades)	,112	,414	,380	,215	,937	,028	,193	,000	,000	,000		,000
	N	195	194	197	195	195	195	194	197	197	197	197	197
RAS_PT_BeyondSymptoms	Correlação de Pearson	,365**	,293**	,050	,329**	,145*	,111	,298**	,770**	,563**	,218**	,368**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,486	,000	,044	,124	,000	,000	,000	,002	,000	
	N	195	194	197	195	195	195	194	197	197	197	197	197

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

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