



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**DIFERENÇAS DE GÊNERO NA AQUISIÇÃO DAS
CAPACIDADES EM SAÚDE MENTAL**
EUNICE ALEXANDRA RAMOS PALMA

Orientador de Dissertação:

Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2018

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

Agradecimentos

Na tese de mestrado, tive oportunidade de referir que uma dissertação, apesar do processo reservado a que qualquer investigador está sujeito, reúne o contributo de várias pessoas.

Desde o início do mestrado, contei com o apoio de consideráveis pessoas e instituições. Sem elas esta investigação não teria sido possível.

Este espaço é dedicado a todos aqueles que deram o seu contributo para que esta dissertação fosse realizada. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Ao Professor Doutor José Ornelas orientador da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do seu conhecimento e experiência e toda a orientação que me deu ao longo deste processo.

À Dra. Beatrice Sacchetto, o seu empenho, disponibilidade, conhecimento e partilha.

No Seminário de Dissertação, pude participar num grupo de trabalho que deu o seu contributo para um projeto de investigação mais abrangente e relacionado com a abordagem das capacidades. O trabalho com este grupo orientado pela Dra. Beatrice Sacchetto, representou uma oportunidade de crescimento académico onde pude aprender e contribuir. Agradeço toda a disponibilidade, apoio e entajuda às minhas colegas deste grupo, Ana Lúcia Soares e Fernanda Valentim.

Aos técnicos, e às pessoas das várias associações que participaram neste estudo, sem os quais a realização deste trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, à minha filha, ao meu amor, ao meu amigo Rui Pedro e à memória e saudade da minha irmã.

O meu sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, ajudando-me a crescer intelectual e emocionalmente.

Resumo

A presente dissertação pretende estudar a abordagem das capacidades na área da saúde mental, especificamente compreender se existem diferenças de género na aquisição dessas capacidades. Este estudo tem por base uma das principais referências teóricas nesta área, a abordagem das capacidades segundo a teoria de Nussbaum.

Ao longo dos últimos anos, o paradigma nacional na área da saúde mental tem evoluído da exclusão para uma abordagem mais comunitária. A aquisição de capacidades encontra-se ao alcance de cada pessoa, desta forma os indivíduos com experiência de doença mental também possuem a aptidão para adquirir e desenvolver competências, sobretudo quando apoiados por associações que promovam o seu envolvimento, autonomia, participação e tomada de decisão. Tendo em conta isto, é fundamental avaliar a aquisição das capacidades dos utilizadores das associações na área da saúde mental e perceber de que forma as organizações facilitam o desenvolvimento dessas competências.

Desta forma, este estudo enquadra-se num projecto de investigação do Programa de Doutoramento em Psicologia Comunitária do ISPA- Instituto Universitário que tem como objetivo a construção e validação de um questionário inspirado na abordagem das capacidades.

O estudo teve a participação de 53 utilizadores de serviços de saúde mental comunitária dos distritos de Faro e de Lisboa, trata-se de uma investigação fundamentalmente quantitativa através da recolha de dados com recurso ao inquérito por questionário e o instrumento principal utilizado é o QC-SMC- Questionário das Capacidades no contexto da Saúde Mental Comunitária. Nesta dissertação é ainda apresentado o Método de estudo, a Discussão dos Resultados e as Conclusões que integram reflexões decorrentes do processo de investigação e também as limitações do estudo e sugestões para futuras análises.

A validação da escala que mede a aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária é um valioso contributo para a avaliação dos programas de saúde mental comunitária em Portugal.

Com base nos dados apurados através da utilização da escala anteriormente referida, conclui-se neste estudo que existem diferenças entre Homens e Mulheres na aquisição das capacidades, nomeadamente na dimensão: Otimismo, Razão prática e Família.

Palavras-chave: Capacidades; Saúde Mental; Empowerment; Recovery.

Abstract

The following dissertation is a study based on the capacity we have of studying in the mental health area, this document helps us understand how we achieve that capacity. One of the most important references in this area is the Nussbaum theory.

Lately in the last years, the national paradigm in the mental health area has evolved on the exclusion for a more common approach. The acquisition of those capabilities can be done by any person, in this way the individuals with experience of mental illness also have the aptitude to acquire and to develop competences, especially when supported by associations that promote autonomy, participation and decision taking issues.

In this way, this study is fundamental to evaluate the capabilities of all users in the mental health area and understand in what way institutions and associations help in achieving the capabilities.

In this way, this study makes part of a research project of the PhD Program Communitarian Psychology of ISPA- University Institute whose objective is the construction and validation of a questionnaire based on the approach of capabilities.

The study had the participation of 53 users of the mental health community services of Faro and Lisbon districts, this is fundamentally quantitative research through the collection of data using the questionnaire survey and the main instrument used is The Capabilities Questionnaire for the Community Mental Health Context (CQ-CMH). In this dissertation we can see a study method, the discussion of the results that integrate reflections resulting from the research process and also the limitations of the study and suggestions for future studies.

The validation of the scale that measures the acquisition of the capabilities achieved in community mental health is a valuable contribution to the evaluation of community mental health programs in Portugal.

Based on the data obtained using the aforementioned scale, it is concluded in this study that there are differences between Men and Women in the acquisition of capabilities, especially in the dimension: Optimism, Practical reason and Family.

Key words: Capabilities; Mental Health; Empowerment; Recovery.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	2
2.1. A Abordagem das Capacidades	2
2.2. As Capacidades e a sua contribuição para a Saúde Mental.....	7
2.3. Empowerment e Recovery na Saúde Mental	9
2.4. Género e Saúde Mental	13
3. Método	17
3.1. Objetivos	17
3.2. Questões de Investigação	17
3.3. Instrumentos	18
3.4. Procedimentos	22
3.5. Caracterização dos Participantes da Amostra	23
4. Análise dos Dados.....	26
4.1. Questões de Investigação.....	35
5. Discussão dos Resultados.....	42
6. Conclusões.....	46
7. Referências Bibliográficas	50
8. Anexos	57
Anexo 1 Consentimento informado	57

Anexo 2 Consentimento de participação	58
Anexo 3 Ficha de Caracterização individual	59
Anexo 4 QC-SMC- Questionário das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária.....	61
Anexo 5 WHOQOL-Bref- Questionário Qualidade de Vida.....	62
Anexo 6 K6+- Questionário Sofrimento Psicológico.....	63
Anexo 7 BUES-PT- Questionário Perspectivas de Vida e Tomadas de Decisão.....	64
Anexo 8 RAS-PT- Questionário Sentimentos sobre si próprios e sobre as suas vidas...	65
Anexo 9 Ficha de controlo do protocolo.....	66
Anexo 10 Escalas de Resposta dos 5 Questionários aplicados.....	67
Anexo 11 Outputs do SPSS.....	68
Anexo 12 Associações participantes no estudo (ASMAL, AEIPS, ARIA, GAC).....	72

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica (N = 53)	24
Tabela 2 – Diagnóstico de saúde mental	27
Tabela 3 – Qual.....	28
Tabela 4 - Serviços Saúde Mental	29
Tabela 5 - Há quantos meses frequenta a organização	30
Tabela 6 – Qual a sua situação habitacional.....	30
Tabela 7 - Foi uma sua escolha viver nesta solução habitacional	31
Tabela 8 - Desejaria outra solução habitacional	31
Tabela 9 -Em que programas/actividades/serviços participa	32
Tabela 10 - Consistência interna: QC-SMC	33
Tabela 11 - Estatísticas descritivas: QC-SMC	34
Tabela 12 - QC-SMC e Género	35
Tabela 13 – Género e Otimismo.....	36
Tabela 14 – Género e Afiliação.....	37
Tabela 15 – Género e Ativismo	38
Tabela 16 – Género e Razão prática	39
Tabela 17 – Género e Família	40
Tabela 18 – Género e Auto-suficiência	41

1. Introdução

A presente dissertação tem como principal objectivo compreender as capacidades no contexto da saúde mental, tendo em conta as diferenças de género na aquisição dessas competências. Ao reflectirmos sobre as questões da saúde mental, torna-se essencial analisar a abordagem das capacidades. Segundo as obras de Nussbaum, o termo *capabilities* está relacionado com a expressão *capacitações* (liberdades) que no seu interior se relacionam com o exterior (a nível político, social e económico), através de oportunidades que lhes são dadas (só as oportunidades é que tornam possível a relação do interior com o exterior). As *capabilities* são o conjunto de funcionamentos que se demonstram essenciais para uma pessoa, pois assim ela pode decidir o que fazer ou não. As *capabilities* são o que cada pessoa consegue ou não fazer, o que é capaz de ser e de fazer, como age em cada momento da sua vida.

Se reflectirmos sobre as pessoas com experiência de doença mental, vemos que muitas vezes apresentam grandes dificuldades em serem reconhecidos como pessoas com as suas próprias capacidades e como sendo capazes de se tornarem responsáveis pelos seus comportamentos. Desta forma, é fundamental que a comunidade compreenda que as pessoas com experiência de doença mental possuem capacidades que lhes permite lidar com a sua própria doença, desenvolvendo competências como a clareza da linguagem, o aumento da autoconfiança, o aumento da auto-estima, a melhoria do humor e a participação nas várias atividades da comunidade, dado que são estes fatores que estão na base do desenvolvimento de ações coletivas e da própria organização individual (Hopper, 2007).

Nos últimos anos em Portugal, tem havido um cuidado com a renovação do sistema de saúde mental, levando em conta iniciativas psicossociais. Verificamos que tem sido aplicado um modelo com o objetivo de dar suporte às pessoas com problemáticas de saúde mental, às suas famílias e aos técnicos das organizações da área da saúde mental comunitária (Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010). De forma a satisfazer as necessidades, estes serviços pretendem cooperar com os utilizadores de associações de saúde mental, com o objetivo de ajudá-las a partir do suporte individual e de grupos de ajuda mútua, em que os utilizadores reúnem-se sem a figura dos técnicos.

Desta forma, torna-se viável um processo de *recovery*, pois as pessoas com experiência de doença mental conseguem apoios que permitem a obtenção de uma habitação, de um

emprego, a oportunidade de uma maior ajuda interpares e o suporte à família. Os serviços de saúde mental comunitária têm desempenhado um papel importante no apoio às pessoas com problemáticas de saúde mental que deixaram de viver nos hospitais psiquiátricos e que revelam uma maior dificuldade em inserirem-se na comunidade em geral (Davidson, Ridgway, Wieland & O'Connell, 2009).

2. Enquadramento Teórico

2.1 A Abordagem das Capacidades

A abordagem e promoção das capacidades em grupos desprivilegiados sujeitos à exclusão social, como é o caso das pessoas com experiência de doença mental revela-se pertinente para a psicologia comunitária (Shinn, 2015). Pois, a abordagem permite a aquisição de uma vida mais apropriada, ultrapassando as maiores dificuldades referentes à integração na comunidade. A abordagem das capacidades é global, uma vez que considera que as capacidades são essenciais a cada pessoa, em qualquer parte do mundo (Nussbaum, 2000), demonstrando um interesse em aprofundar os direitos humanos, levando em conta, por exemplo, a igualdade de género. Neste sentido, esta abordagem orienta-se por um conjunto de capacidades centrais que equivalem a um direito de cada pessoa, para que seja zelada uma perspectiva de justiça social (Nussbaum, 2003). O que enfatiza a abordagem são as capacidades das pessoas, tendo em conta o que elas conseguem realizar a partir dos meios em que estão inseridas, não desconsiderando o suporte proporcionado pelo ambiente social e as próprias condições individuais (Sen, 1999 cit. por Sacchetto et al., 2015). A abordagem das capacidades centra-se na capacidade de cada pessoa para fazer e ser aquilo que deseja, focando-se nas suas próprias diferenças individuais (Nussbaum, 2003).

Desta forma, é importante compreender quais as capacidades que permitem adquirir uma maior qualidade de vida e entender que quando as pessoas têm os apoios mais adequados às suas necessidades, tais como educacionais, materiais ou saúde, conseguem atingir um nível de vida superior, tornando-se capazes para a realização de qualquer responsabilidade, mesmo tratando-se de indivíduos com maiores dificuldades. Por este motivo, Nussbaum (2000) considera que os apoios do estado devem ter presente a abordagem das capacidades, de forma a minimizar os obstáculos inerentes às pessoas com mais dificuldades e reforçar os suportes

que possam promover o desenvolvimento das capacidades individuais. Se os indivíduos com experiência de doença mental acederem aos apoios necessários, conseguirão alcançar as capacidades centrais, tal como as outras pessoas que não revelam tais impedimentos (Shinn, 2014 cit. Por Sacchetto, 2015). Tendo em conta os pressupostos da abordagem das capacidades, o mais importante não é o que as pessoas possuem, mas aquilo que são capazes de fazer e de ser a partir das suas próprias capacidades (Robeyns, 2005; Anand et al., 2009; Hooper, 2007; Davidson et al., 2009). É fundamental que na área da saúde mental comunitária, os indivíduos tenham um papel ativo, desenvolvendo desta forma a aquisição das suas capacidades, proporcionando-lhes ainda espaços de tomada de decisão e liderança através da realização de tarefas específicas. É importante salientar a opinião de Hopper (2007) que defende que as pessoas com experiência de doença mental devem ter a possibilidade de gerir o seu próprio processo de *recovery*, para que as funções estabelecidas pela comunidade sejam modificadas, havendo uma reformulação das prioridades e tendo em conta a vontade dos utilizadores de serviços de saúde mental comunitária (Sacchetto et al., 2015).

A abordagem das capacidades tem como principal objectivo proporcionar os meios necessários para que as pessoas consigam ter a liberdade que precisam para viver do modo como mais desejam. Desta forma, esta liberdade deve ser encarada de maneira a que a pessoa possa estabelecer os seus próprios objectivos e consiga pô-los em prática. Esta liberdade é muito importante, visto que muitas vezes não é permitida às pessoas com experiência de doença mental (Sen, 1992; 1999 cit. Por Shinn, 2014; Nussbaum, 2000 cit. por Shinn, 2014). Desta forma, Sacchetto et al. (2015) modernizam ao propor duas maneiras de ultrapassar os principais desafios destas pessoas, através do trabalho dos serviços de saúde mental comunitária tendo por base a abordagem das capacidades e utilizando uma abordagem cooperante entre os técnicos e os utilizadores.

Para que se considere que os indivíduos têm uma vida saudável, é necessário ter em conta os cuidados de saúde individual e também o ambiente envolvente, para que este represente um suporte tanto a nível físico como a nível social. Ou seja, o ambiente social deve aceitar qualquer pessoa, apesar das suas dificuldades, em vez de rejeitá-la (Pritchard, 2012).

Nussbaum refere que as capacidades podem ser divididas em três tipos: capacidades básicas, capacidades internas e capacidades combinadas. As primeiras são faculdades inatas da pessoa treinadas e desenvolvidas na interacção com o meio social, económico, familiar e político. As segundas são estados da pessoa e para desenvolver é necessário que as condições dadas

externamente sejam favoráveis, por exemplo quando aprendemos a falar uma língua ou quando escolhemos uma opção política ou uma religião. As capacidades combinadas correspondem à combinação das condições externas de forma a desenvolver as capacidades internas, ou seja, estão relacionadas com a totalidade das opções que um indivíduo dispõe para escolher e actuar numa determinada situação política, social e económica. Essa combinação é muito importante para as pessoas poderem agir, pois, por vezes, as pessoas têm as capacidades internas mas não lhe são dadas condições externas mais favoráveis, por exemplo, quando uma pessoa tem a capacidade interna de fazer algo, mas não o pode fazer devido a uma proibição que lhe foi imposta (capacidade externa).

Para a elaboração da sua lista das capacidades, Nussbaum baseou-se no que considera ser necessário para que as pessoas consigam ter liberdade de escolha. Nussbaum entende que a promoção e desenvolvimento das capacidades promove a construção de uma melhor qualidade de vida para cada pessoa que é adaptável a qualquer tipo de sociedade e essas capacidades são as seguintes:

Capacidade Vida: que cada pessoa possa viver e morrer de forma natural, que o indivíduo sinta que pode conseguir viver durante um período igual ou superior ao da esperança média de vida, segundo a autora que possa viver até ao fim de uma vida humana de duração normal.

Capacidade Saúde Física: que cada sujeito tenha a possibilidade de cuidar da sua saúde, do seu bem-estar e isso também inclui que possa receber uma alimentação adequada e de um lugar apropriado para viver.

Capacidade Integridade Física: que cada indivíduo se sinta seguro para poder viver de forma plena sem medos de fazer as suas próprias escolhas, incluindo as questões reprodutivas.

Capacidade Sentido, Imaginação e Pensamento: que cada pessoa possa utilizar estas três capacidades como quiser, tanto a nível pessoal, social, político e religioso para tomar decisões na sua vida diária.

Capacidade Emoções: que cada sujeito possa ter a liberdade de expressar todo o tipo de sentimentos por tudo e por todas as pessoas que quer, deve poder amar, preocupar-se, sentir saudades, gratidão e indignação justificada.

Capacidade Razão Prática: que cada pessoa tenha a sua própria opinião, de forma a conseguir fazer uma reflexão crítica acerca da planificação da sua vida, que seja capaz de fazer as suas escolhas tanto no presente como no futuro.

Capacidade Afiliação: esta capacidade está dividida em dois pontos. O primeiro é de que cada pessoa tenha noção do que é viver em sociedade, relacionando-se com as outras pessoas, isto é deve reconhecer e mostrar interesse pelos outros. O segundo ponto dá importância à dignidade que cada pessoa deve ter na sua vida e ter comportamentos que excluam a humilhação e discriminação de que possa ser vítima, reconhecendo-se como uma pessoa capaz com os mesmos direitos e oportunidades que os outros.

Capacidade Outras Espécies: que cada pessoa possa relacionar-se de forma livre com todos os seres vivos, animais e plantas.

Capacidade Tempo livre: que o indivíduo possa usufruir o seu tempo de lazer, aproveitando diferentes tipos de actividades recreativas, desfrutando das mesmas.

Capacidade Controlo do Próprio Ambiente/Meio Político e Material: relativamente ao político, cada pessoa deve ter a liberdade de expressar a sua opinião, ter direito à participação política e à protecção da liberdade de expressão. Em relação ao meio material, cada pessoa deve poder ter de forma autónoma e digna a sua habitação e o seu emprego num plano de igualdade com os outros. Se a pessoa tiver a capacidade destes dois controlos, significa que tem controlo sobre o seu próprio ambiente.

Todas estas capacidades são essenciais para a vida do indivíduo, por isso é necessário que todas elas estejam interligadas para que se possam realizar. No entanto, para a autora as capacidades da Razão Prática e Afiliação representam uma maior relevância, visto que estas incluem de alguma forma todas as restantes capacidades. Defende ainda que para uma pessoa com experiência de doença mental conseguir ter uma vida completa, tem de possuir pelo menos um nível mínimo de cada uma das capacidades mencionadas na sua abordagem. Para a pessoa ter uma vida completa, é necessária a existência de uma relação entre as pessoas que vivem em comunidade, ou seja, havendo mudanças sociais é essencial que seja tido em conta as capacidades dos indivíduos, facilitando meios para se refletir e avaliar o que tem mudado nas instituições sociais (Deneulin & McGregor, 2010). O estudo proposto por Sacchetto et al., (2015) apresenta uma resposta para isso ao criar uma medida que avalia as capacidades, com

base numa abordagem cooperante entre investigadores e utilizadores de serviços de saúde mental comunitária.

Sen (1992) refere que é fundamental haver igualdade na liberdade que é dada a cada pessoa, tendo em conta a situação e as necessidades de cada um. É por este motivo que o principal objetivo da abordagem das capacidades relaciona-se com o desempenho de comportamentos que as pessoas são capazes de realizar, a partir da liberdade que lhes é dada (Shinn, 2015).

A abordagem das capacidades para as pessoas com experiência de doença mental ainda é considerada como incompleta, uma vez que é necessário obter mais recursos para o desenvolvimento das capacidades. Os indivíduos com experiência de doença mental encontram-se frequentemente integrados em programas de saúde mental, torna-se importante avaliar estes programas e as suas intervenções (Hopper, 2007), tal como é sugerido por Sacchetto et al., (2015).

O estudo de Sacchetto et al., (2015), documenta um processo colaborativo com os utilizadores de dois serviços de saúde mental comunitários portugueses na construção do Questionário de Capacidades para o contexto de Saúde Mental Comunitária (QC-SMC). A medida é inspirada na abordagem de capacidades de Nussbaum e visa medir as capacidades dos utilizadores quando apoiados pelos serviços comunitários de saúde mental.

Os resultados de estudo demonstraram que o processo colaborativo levou à transformação de papéis de pesquisa tradicionais, à promoção do *empowerment* dos participantes, à validade ecológica dos resultados e a uma adaptação cultural da lista de Nussbaum ao contexto do estudo. O QC-SMC resultante é composto de 104 itens organizados por 10 recursos e 1 pergunta aberta sobre melhorias de serviço. A abordagem das capacidades e o processo colaborativo realizado apoiam o exercício da escolha e controlo de pessoas com problemáticas psiquiátricas. As capacidades construídas pelos utilizadores podem ser usadas como medida de resultado na avaliação de serviços. O questionário foi submetido a testes adicionais de validade e qualidades psicométricas.

A criação do instrumento (QC-SMC) permitiu envolver a participação dos utilizadores tendo em conta a sua perspectiva e facilitou o processo de avaliação dos programas que os serviços de saúde mental comunitária proporcionam às pessoas.

2.2 As Capacidades e a sua contribuição para a Saúde Mental

Na saúde mental, a estrutura de capacidades oferece uma forma de orientar programas sociais para uma mudança de sistema, recuperando a participação dos utilizadores, funções e integração da comunidade (Davidson, Ridgway, Wieland & O'Connell, 2009; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher, 2008).

O conceito de capacidade não se refere a um indivíduo na dimensão intraindividual, mas sim, sublinha a relevância do contexto. De fato, as capacidades são definidas como capacidades associadas, resultantes de habilidades pessoais e das circunstâncias, incluindo arranjos sociais e políticos (Nussbaum, 2011). Outro elemento crucial da teoria é o conceito de agência, enfatizando a participação do indivíduo na sociedade, como um membro pleno envolvido em áreas sociais e políticas.

Proporcionar às pessoas com experiência de doença mental “uma vida na comunidade”, portanto, não mais se limita à posse da comunidade, mas muda com essa estrutura para se concentrar na “vida real que as pessoas conseguem alcançar” (Sen, 1999, p. 73). Este pressuposto condiz com o modelo de desinstitucionalização se considerarmos que o que é mais problemático sobre a hospitalização a longo prazo do ponto de vista da pessoa com problemática de doença mental é a perda de liberdade e autonomia (Davidson, Hoge, Godleski, Rakfeldt e Griffith, 1996).

A doença mental pode representar um obstáculo para a realização da pessoa e do tipo de vida que deseja ter, pode tornar mais difícil viver essa vida e, na sua forma mais extrema, pode até privar completamente a pessoa da vida. Em nenhum desses casos, porém, a doença mental altera fundamentalmente a natureza básica dos seres humanos, que é a de serem agentes autodeterminados, livres para escolher e procurar o tipo de vida que valorizam (Sen, 1999). Desta forma, pretende-se que a problemática de saúde mental não seja um impedimento para a integração na comunidade, nem para a realização de uma vida.

As concepções em saúde mental que atribuem um caminho de mau funcionamento social para cada pessoa com um diagnóstico de doença mental foram desafiados por estudos longitudinais e qualitativos, bem como de evidências de pesquisa sobre recuperação pessoal em doença mental (Davidson, Harding, & Spaniol, 2005; Davidson, Sells, Songster, & O'Connell, 2005; Hancock, Bundy, Honey, Helich e Tamsett, 2013; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss e Breier, 2005; Ridgway, 2001).

A abordagem das capacidades contribui para a defesa de uma maior e melhor oferta de tratamentos adequados às necessidades das pessoas com experiência de doença mental e para os seus cuidadores (Gandjour, 2008). Ou seja, se os indivíduos perceberem que ao terem uma perspetiva positiva sobre a sua doença, tendo em conta os sintomas, medicamentos, possíveis recaídas e depressão, torna-se mais fácil alcançar os seus objetivos de vida, que podem incluir o emprego e as atividades comunitárias (Bond, Salyers, Rollins, Rapp & Zipple, 2004). Implicando uma redução dos sintomas, o que pode indicar uma melhoria da doença, levando à participação regular na comunidade (Davidson et al., 2009).

Os serviços de saúde mental têm a responsabilidade de melhorar o processo de integração na comunidade das pessoas com experiência de doença mental, no entanto, é de salientar que esta preocupação tem vindo a aumentar por parte de alguns serviços. Uma forma possível de isto acontecer é através da inclusão, do envolvimento e da participação dos utilizadores na própria evolução dos serviços. No entanto, ainda existem alguns obstáculos e dificuldades na integração destas pessoas, pois alguns serviços concentram-se nos sintomas e problemas dos indivíduos, não os reconhecendo como pessoas capazes, completas e com necessidades de reintegração. Em alguns serviços de saúde mental é incutido nos seus utilizadores que estes não têm capacidade para orientar e tomar decisões sobre a sua própria vida (Kloos, Ornelas, & Nelson, 2014). Por vezes, as pessoas com experiência de doença mental são alvo de preconceito por parte da comunidade, não lhes sendo dada liberdade e opção de escolha, fazendo com que estas se sintam limitadas no seu papel social. No entanto, é de salientar que pessoas com experiência de doença mental que tenham uma boa capacidade de Razão Prática são capazes de controlar a sua própria vida e os seus próprios objetivos (Shinn, 2014). Tem-se constatado através da implementação de vários programas revolucionários nesta área, que quando é tido em conta a liberdade de escolha, o respeito pelas necessidades pessoais e sociais e os direitos das pessoas com experiência de doença mental, estas desenvolvem com mais facilidade o grau das suas capacidades.

Mais uma vez, é de salientar a importância do papel da comunidade em transmitir o sentimento de pertença, tolerância e aceitação destas pessoas.

No seguimento da explicação da abordagem das capacidades e do seu contributo na saúde mental comunitária, iremos relacionar a importância do *empowerment* e do *recovery* nesta área.

2.3 Empowerment e Recovery na Saúde Mental

O movimento de *empowerment* teve início nos Estados Unidos no final da década de 70, e parte do pressuposto que os grupos marginalizados e discriminados na comunidade sofrem de uma falta de poder que os impede de lutar pelos seus direitos e usufruir de apoios socioeconómicos, bem como de participar nas decisões políticas que tem influência na sua vida. De forma a alterar esta situação é necessário que esses grupos desenvolvam as suas competências e o seu poder. O movimento do *empowerment* é o resultado da evolução na criação de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, e de uma crescente consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão na comunidade.

Esta abordagem tem como objetivo a autonomia, os direitos e a participação das pessoas a um nível de igualdade com os técnicos, numa perspetiva de parceria e cooperação, exigindo uma mudança de atitude dos profissionais relativamente à partilha do poder e ao reconhecimento das capacidades destas pessoas. Por outro lado, pretende ainda fiscalizar os poderes estatais e os interesses económicos favorecendo a participação das pessoas na sociedade.

Empowerment pode ser definido como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos de pessoas e pela comunidade, em si mesmos e no meio que os envolve, traduzindo-se assim num aumento do exercício da sua cidadania através do poder psicológico, social, político e económico (Pinto, 2001).

Empowerment, é definido pela Organização Mundial de Saúde (2010) como o nível de escolha, influência e controlo que as pessoas podem exercer sobre as suas vidas, é identificado como um fator importante na recuperação de sofrimento psicológico grave por decisores políticos, serviços de saúde mental e por utilizadores de serviços.

A Organização Mundial da Saúde lançou um projeto em 2009 para se concentrar em maneiras de capacitar as pessoas com problemas de saúde mental e os seus cuidadores. O *empowerment* foi identificado como uma prioridade na Declaração de Saúde Mental para a Europa (2005), o Plano de Ação para a Saúde Mental (2013) e o Pacto Europeu para a Saúde Mental (2008), que define a saúde mental como um direito humano, que permite que as pessoas possam gozar de bem-estar, qualidade de vida e saúde e que promovam a aprendizagem, trabalho e participação na sociedade.

Direitos civis, protestos e movimentos de libertação das mulheres dos anos 60 e 70, defenderam a mudança na política social, como na habitação e no emprego, enquanto alguns grupos de utilizadores de serviços desafiaram o estigma (Warner, 2009). Nesse período de grandes desafios de posições sociais previamente aceites, os utilizadores de serviços expressaram alguma insatisfação com a efetividade dos serviços de saúde mental. Além disso, os indivíduos descreveram suas próprias histórias pessoais de recuperação de grave stress psicológico.

Em Portugal é uma abordagem utilizada por diversos técnicos em várias áreas de intervenção. No entanto, só em 1998 com a publicação da Lei de Saúde Mental, veio a consagrar-se o modelo comunitário para a prestação de serviços de saúde mental, e mesmo assim temos conhecimento que o que está na lei não está fielmente a ser cumprido. Desde o final da década de 80 começaram a surgir várias associações, ou Instituições Particulares de Solidariedade Social, que resultaram de um movimento de profissionais empenhados na saúde mental comunitária. Nos últimos 20 anos assistimos à criação de serviços de reabilitação profissional, estruturas de apoio residencial, suportes comunitários de longa duração e empresas de inserção. Apesar disto, continua a faltar uma rede sistematizada de serviços a nível nacional e aumentar a participação dos indivíduos nas decisões, planeamento, autonomia e na defesa dos seus direitos, bem como a criação de modelos de avaliação dos serviços de saúde mental comunitária, pois por vezes, os utilizadores dos serviços de saúde mental estão mal informados e até são maltratados.

Uma das estratégias para mudar esta tendência é através de uma abordagem de *empowerment* e de participação, em que o papel dos profissionais muda de controlar para colaborar com as pessoas com experiência de doença mental, ou seja, as intervenções centradas na instituição mudam para intervenções centradas na comunidade. Os modelos de funcionamento e os programas de intervenção são orientados para influenciar os resultados do *empowerment* e do *recovery* destas pessoas.

O processo de *empowerment* requer tempo e oportunidades para desenvolver capacidades e direitos através da aprendizagem de novas atitudes. Este processo desenvolve-se em quatro fases, que são as seguintes:

- 1- *Tomada de consciência* pelos indivíduos ou grupos da sua exclusão e falta de poder;

2- *Identificação* com outras pessoas ou grupos que estejam numa situação semelhante;

3- *Aumento de competências* e recursos necessários para um maior controle das suas vidas;

4- *Poder de decisão* em agir em áreas concretas.

Desta forma, os indivíduos desenvolvem a capacidade de participar com outros em decisões e iniciativas à medida que aumentam o controlo das suas vidas, tendo voz ativa na sua comunidade. O movimento do *empowerment* tem enfatizado prioridades como: a habitação acessível, oportunidades de emprego, escolha nas decisões, alternativas ao tratamento e combater a discriminação. A participação é uma característica importante do *empowerment* da comunidade. Os indivíduos têm uma melhor oportunidade de atingir as suas metas de saúde se puderem compartilhar esses assuntos com outras pessoas que enfrentam problemas semelhantes. Através da participação, os indivíduos podem obter algum grau de controlo, pois são mais capazes de definir e analisar as suas preocupações e juntos são capazes de encontrar soluções conjuntas para agir sobre os seus problemas (Laverack & Wallerstein, 2001).

A necessidade da perspectiva de *recovery* na doença mental foi consolidada através dos testemunhos das pessoas com experiência de doença mental bem como da publicação de investigações nesta área. O *recovery* é descrito como um processo evolutivo que envolve o sentimento de esperança no futuro, a redescoberta de um sentido de vida renovado, a identificação de objetivos pessoais, o *empowerment* pessoal, o sentimento de pertença e de ligação com os outros membros da comunidade, tudo isto para além da realidade da doença mental.

O uso do termo *recovery*, surgiu na década de 70 e estabeleceu-se internacionalmente nos anos 80 como novo paradigma na Saúde Mental. O termo, nasceu a partir de discussões de utilizadores que estabeleceram um conjunto de características processuais que os fazem sentir como que retomando o rumo da sua própria vida, após terem sido diagnosticados como doentes com problemas mentais graves.

O *recovery* é definido como um processo pessoal e de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de autodeterminação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade (Deegan, 1988; Leete, 1989; Ahern & Fisher, 1999). No início da década de 90, Anthony (1993) propôs o *recovery* como a nova visão que deveria orientar a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.

O *recovery* tem vindo a conseguir assumir um papel importante nas políticas de saúde mental. A melhor forma de compreender o *recovery* é a partir dos relatos das vivências das pessoas com experiência de doença mental. A análise conceptual dos testemunhos, os estudos colaborativos e qualitativos têm permitido o aprofundamento da compreensão deste processo.

O *recovery* não corresponde a uma diminuição dos sintomas, nem é encarado como um produto final ou um resultado estático (Deegan, 1988). Geralmente, o *recovery* nas pessoas com experiência de doença mental é definido como um processo evolutivo, um desafio diário, de confiança, participação e controlo sobre as suas vidas. Este processo envolve uma dimensão social e ocorre através da participação social e das relações com os outros, e com o acesso aos recursos sociais como a habitação, o rendimento, o emprego e a educação. O *recovery* da doença mental envolve muito mais do que o *recovery* da doença em si mesma, pois as pessoas podem ter que recuperar dos efeitos da institucionalização, do estigma social, da discriminação, do isolamento e da falta de oportunidades. Embora, o processo de *recovery* seja diferente de pessoa para pessoa, é possível identificar dimensões comuns do *recovery*: a esperança em relação ao futuro, a determinação pessoal para com o *recovery*, adotar estilos de vida saudáveis, aprender a gerir os sintomas e dificuldades, ultrapassar o estigma, diversificar as relações sociais, estabelecer objetivos pessoais, ter o apoio de outros que acreditem e não desistam deles, readquirir papéis sociais, exercer a cidadania, ter o controlo sobre as suas próprias vidas e o *empowerment*. O *recovery* é assim, um processo complexo e dinâmico que engloba componentes individuais e oportunidades dos contextos envolventes.

O interesse nos processos de integração comunitária tem vindo a ser explorado na prática da saúde mental comunitária há já várias décadas. Um dos exemplos foi o Modelo do Suporte Comunitário (Framework for Support) que é uma proposta teórico-prática que defende uma política de saúde mental que seja de base comunitária e orientada para o *recovery* com três dimensões conceptuais: Comunidade, Conhecimento e Recursos Pessoais. Estas três dimensões são os pilares fundamentais do *recovery*. Esta visão incorpora recursos não profissionais como sejam as organizações de voluntários, de utilizadores, de vizinhos, entre outras. A base do conhecimento oferece um conjunto de perspectivas que vai para além das evidências científicas. Valoriza a diversidade de informação e a experiência e o conhecimento das pessoas com doença mental numa perspectiva de parceria com os profissionais. Esta dimensão implica a reestruturação do entendimento e atitudes acerca da doença mental. Considera-se que a integração social é desenvolvida através da exposição a oportunidades

concretas de participação, as quais devem ser promovidas pelos serviços de saúde mental para além do propósito do tratamento, pois só através das oportunidades de integração social as pessoas podem estabelecer laços e proximidade com outros sem doença mental e com contextos fora do sistema de saúde mental e exercer a sua cidadania activamente (Ornelas et al., 2014; Wareet al., 2007).

Nos serviços orientados para o *recovery*, o conhecimento, a experiência e o interesse dos utilizadores e das suas famílias são valorizados, verificando-se um reequilíbrio de poder na sua relação com os profissionais à medida que se tornam participantes ativos no planeamento, implementação e avaliação dos programas. Uma outra prioridade dos serviços de saúde mental orientados para o *recovery* consiste na realização de acções de formação, conferências e outras formas de divulgação e debate que permitam aprofundar a compreensão sobre o *recovery*, a formação deve dirigir-se aos utilizadores, às famílias e aos prestadores de serviços e envolver como formadores as próprias pessoas com experiência de doença mental e de *recovery*. A avaliação e a investigação são outras duas dimensões importantes e que devem ser realizadas numa abordagem colaborativa e cooperante. Têm sido desenvolvidos vários instrumentos com o objetivo de avaliar em que medida os serviços implementam práticas orientadas para o *recovery*. Exemplos desses instrumentos são a Recovery Oriented Systems Indicators (Onken et al., 2002); a Recovery Self Assessment (O’Connell, 2003) a qual possibilita uma avaliação a partir das diferentes perspectivas dos utilizadores dos serviços, famílias e profissionais; e a Recovery Enhancing Environment (Ridgway, 2005) que avalia o *recovery* a nível individual e a nível da orientação dos serviços.

A pesquisa e a prática internacional em saúde mental, bem como as mudanças sociopolíticas, têm desafiado os objetivos, a visão e os resultados estabelecidos dos sistemas de saúde mental. Outra questão transformadora para desafiar os programas de saúde mental é a intervenção multinível desenvolvendo intervenções em diferentes níveis ecológicos na comunidade.

2.4 Género e Saúde Mental

A pesquisa em psicologia e saúde mental, demonstra a existência de alguma controvérsia na clarificação das diferenças no funcionamento mental comparativamente entre géneros. Na tentativa de explicar o fenómeno, os estudos apontam vários fatores psicossociais, no sentido

de confirmar a ideia do gênero como uma construção psicossocial que influirá necessariamente a expressão da saúde mental.

Desta forma, parece que as mulheres são mais socializadas no sentido de internalizar o distress do que os homens, o que contribui para desordens associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida. Por outro lado, os homens são estimulados a agir e a expressar o seu distress.

Alguns autores explicam as diferenças de gênero nas perturbações mentais, por características da personalidade que se constituem como fatores predisponentes, tais como a introversão e o neuroticismo na mulher, a impulsividade, desinibição e procura de sensações no homem (Cloninger et al., 1988; Sher, 1994; Zucker et al., 1995; Zuckerman, 1994). Em ambos os casos, os fatores implícitos expressam-se em desordens diferentes conforme o seu gênero.

Porter (2000) correlacionou o gênero com as estratégias de coping, tendo demonstrado a existência de algumas diferenças na forma como as pessoas enfrentavam os fatores stressantes, sendo que as mulheres recorriam a uma maior procura de suporte social e catarse, ao passo que os homens enfrentavam mais os problemas no sentido de os resolver. Os autores concluem que estas diferenças podem ser previstas pela socialização, podendo ser relacionadas mais por papéis de gênero padronizado, do que por diferenças comportamentais perante os fatores stressantes apontados pelos gêneros.

Apesar de tudo, muitas mulheres em algumas partes do mundo não têm apoio para funções fundamentais da vida humana, são mais vulneráveis à violência física e ao abuso sexual. As mulheres são muito menos propensas do que os homens a serem alfabetizadas e a terem uma educação pré-profissional ou técnica. Quando as mulheres entram no mercado de trabalho, enfrentam maiores obstáculos, incluindo a intimidação da família ou do cônjuge, a discriminação sexual na contratação e o assédio sexual no local de trabalho, frequentemente sem recurso legal efetivo. Semelhantes obstáculos por vezes também impedem a sua participação na vida política. Em muitos países as mulheres não têm igualdade de direitos. Não têm os mesmos direitos de fazer um contrato, os mesmos direitos de associação, mobilidade e liberdade religiosa, muitas vezes sobrecarregadas com a dupla tarefa de trabalho e total responsabilidade pelos trabalhos domésticos e pelo cuidado dos filhos. Desta forma, as mulheres acabam por não ter oportunidade para cultivar e desenvolver as suas capacidades imaginativas e cognitivas. Todos estes fatores afetam o bem-estar emocional. As mulheres têm menos oportunidades do que os homens de viver livre do medo e desfrutar de diferentes

tipos de amor, isto acontece porque muitas vezes são casados sem escolha na infância. Desta forma, circunstâncias sociais e políticas desiguais dão às mulheres capacidades desiguais. Se pensarmos na área básica da saúde e da nutrição, há evidências generalizadas de discriminação contra as mulheres em muitos países do mundo em desenvolvimento. Uma área da vida que contribui especialmente para a igualdade das mulheres é a área do cuidado. As mulheres são as principais cuidadoras do mundo, e geralmente apenas, para pessoas em condições de extrema dependência. As mulheres realizam esse trabalho crucial, muitas vezes, sem remuneração e sem reconhecimento de que é trabalho. Ao mesmo tempo, o fato de que precisam passar longas horas cuidando das necessidades físicas dos outros torna mais difícil para elas fazerem o que querem em outras áreas da vida, tais como no emprego, na cidadania, em atividades culturais e recreativas e na capacidade de auto-expressão (Folbre, 1999; Harrington, 1999; Kittay, 1999; Williams, 1999).

As reduzidas oportunidades de emprego, as maiores responsabilidades sobre a educação dos filhos, a gestão do lar e o menor poder no casamento, são fatores referidos por outros autores para um maior impacto da mulher no desempenho dos seus papéis sociais (Barnett & Baruch, 1985; Helson & Elliott, 1990), sugerindo estes últimos que o desempenho de vários papéis sociais pode ser uma forma de lutar contra a infelicidade, estando relacionados a menores níveis de stress. Por seu lado Gove (1973) defende que as altas taxas de doença mental estão associadas a poucas oportunidades da mulher de desempenho desses papéis sociais. A comprovar estas teorias estão os trabalhos dos autores Marks (1977) e Seiber (1974) (in Sachs- Ericsson, 2000), sustentando que o desempenho de muitos papéis pode revelar um impacto positivo, transmitindo mesmo um sentido de identidade.

Do ponto de vista histórico, o interesse epidemiológico na análise de medidas relativas à doença mental não é recente. Em 1947 uma investigação orientada por Essen-Møller, e mais tarde continuada por Hagnell (1966), calculou o risco de desenvolver doença mental durante a vida em 43% para homens e 73% para as mulheres. Já o UKK Finnish Institute Study realizou um estudo em população comunitária (1000 pessoas entre 15 e 64 anos, revelando taxas de incidência em doença mental de 17 por 1000 em mulheres, e 14 por 1000 em homens (Lehtinen, 1996).

De acordo, com o primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, publicado em 2013, as mulheres apresentam um maior risco que os homens de sofrer de perturbações depressivas (2,30 para 1) e perturbações de ansiedade (2,89 para 1), enquanto os homens têm

uma maior probabilidade de sofrer de perturbações do controlo dos impulsos (1 para 0,77) e de perturbações pelo abuso de substâncias (1 para 0,21).

A abordagem das capacidades tem recebido muita atenção entre filósofos, economistas e cientistas sociais preocupados com o desenvolvimento humano e as condições sociais, políticas e económicas que promovem a qualidade de vida e a justiça social (por exemplo, Deneulin&McGregor, 2010; Nussbaum& Sen, 1993). Robeyns, 2005; Sen, 1982). Em saúde mental, a estrutura de capacidades oferece uma maneira de orientar os programas sociais em direção a uma mudança de sistema, restaurando a agência, os papéis sociais e a integração da comunidade (Davidson, Ridgway, Wieland& O'Connell, 2009; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey). & Fisher, 2008).

O conceito de capacidade não se refere a uma dimensão intra-individual; em vez disso, sublinha a relevância do contexto. Para Davidson et al. (2009), a abordagem das capacidades é mencionada como algo fundamental, pois defendem que para conseguir uma aceitação da doença e para adquirir a capacidade de *recovery*, é importante que as pessoas com experiência de doença mental desempenhem um papel ativo na comunidade, de forma a entenderem os seus limites, isto é, até onde as suas capacidades permitem que tenham uma vida satisfatória e completa. Desta forma, a abordagem das capacidades centra-se no aumento das oportunidades dadas a estas pessoas, com o objetivo de serem proprietárias de uma vida com projetos e com as qualidades necessárias.

Para que haja compreensão da possibilidade de qualidade de vida nas pessoas, é essencial ter em conta o trabalho conjunto das capacidades individuais e a integração comunitária. As associações de saúde mental baseiam-se no modelo de prestação de serviço em que o utilizador, ao beneficiar dos tratamentos adequados à sua situação, pode ter acesso a uma vida que se enquadra dentro dos padrões considerados normais para qualquer pessoa (Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961 cit. por Davidson et al., 2009).

A partir de um estudo de Mora-Ríos e Bautista (2014), no que diz respeito ao sexo, indivíduos do sexo feminino revelam mais dificuldades na maioria das capacidades do que o sexo masculino, como por exemplo, nas capacidades que podem criar uma maior possibilidade de estarem envolvidas em situações de perigo, devido a apresentarem uma maior dificuldade em sentirem-se seguras. No entanto, existem capacidades em que o sexo masculino considera ser mais difíceis de atingir, por exemplo a habitação, atividades do seu interesse, influência nas

decisões locais, e em sentir o amor das pessoas que lhes são mais próximas (Simon et al., 2013).

É de salientar que todas as capacidades acabam por se relacionar com um trabalho conjunto para o desenvolvimento da integração familiar, educacional e comunitária, para além do aumento dos comportamentos sociais positivos (Shinn, 2015), sendo que isto é possível através do suporte da comunidade (Townley et al., 2013).

3. Método

3.1 Objetivos

Este estudo faz parte de um projeto de investigação de Doutoramento subsidiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), intitulado de Validação e Adaptação Transcultural do Questionário das Capacidades para os utilizadores dos serviços comunitários de saúde mental, com a referência SFRH/BD/92224/2013, e orientado pelo Professor Doutor José Ornelas. Assim, tal como exposto por Sacchetto et al. (2015), o objetivo do projeto referido anteriormente é o desenvolvimento de uma medida que tem em consideração a prática da abordagem das capacidades, bem como a prática de uma abordagem colaborativa entre os profissionais dos serviços de saúde mental comunitária e os seus utilizadores.

O objetivo deste estudo é, a partir da análise estatística, verificar até que ponto os serviços das associações na área da saúde mental estão a ser capazes de facilitar a aquisição das *capabilities* referentes à autonomia, à motivação, à recuperação e ao desenvolvimento dos seus utilizadores e por outro lado verificar se existem diferenças de género na aquisição de algumas dimensões inerentes às *capabilities*.

Assumindo como ponto de partida as questões de investigação, bem como os objetivos do estudo, este enquadra-se numa abordagem de investigação fundamentalmente quantitativa.

3.2 Questões de investigação

Questão 1- *Há diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária no conjunto das dimensões?*

Questão 2- *Há diferenças de gênero na aquisição das capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária na dimensão Otimismo?*

Questão 3- *Há diferenças de gênero na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária na dimensão Afiliação?*

Questão 4- *Há diferenças de gênero na aquisição das Capacidades em Saúde Mental Comunitária na dimensão Ativismo?*

Questão 5- *Há diferenças de gênero na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária na dimensão Razão prática?*

Questão 6- *Há diferenças de gênero na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária na dimensão Família?*

Questão 7- *Há diferenças de gênero na aquisição das Capacidades em Saúde Mental Comunitária na dimensão Auto-suficiência?*

3.3 Instrumentos

Ficha de Caracterização Individual

Foi utilizada uma ficha de caracterização individual (Anexo 3) com o objetivo de compreender melhor os dados individuais da amostra, sendo que estes dados são fundamentais para verificar a situação de vida dos indivíduos no que diz respeito à habitação, educação, formação profissional, emprego, saúde mental e o tipo de participação na organização que integram.

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

Grupo Geral- permite a inserção de dados de numeração do questionário.

Dados do Entrevistado/a- inclui seis itens sobre informação de caracterização sociodemográfica.

Habitação- é abrangida quatro itens sobre a situação habitacional em que os participantes se encontram.

Educação- inclui três itens sobre a situação educacional de cada participante.

Formação profissional- inclui uma pergunta sobre se o participante frequenta algum curso de formação profissional.

Emprego- são abrangidos quatro itens sobre a situação profissional de cada participante.

Saúde mental- é constituída por quatro itens sobre o diagnóstico de saúde mental, os serviços que cada pessoa utiliza e o número de internamentos psiquiátricos antes e depois de frequentar a associação onde está inserido.

Participação na organização- inclui dois itens sobre há quanto tempo frequenta a organização e em que programas, atividades e serviços participa.

Questionário das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)

O Questionário das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC), (Anexo 4) é uma escala que foi construída com o objetivo de elaborar uma medida que conseguisse avaliar a aquisição das capacidades das pessoas com experiência de doença mental, a partir da sua utilização dos serviços comunitários de saúde mental, com base na teoria das capacidades de Nussbaum. Este questionário foi construído a partir de duas ideias inovadoras nesta área, primeiro porque foi elaborado tendo em conta as liberdades que cada utilizador tem para fazer as suas próprias escolhas em relação à sua vida pessoal e segundo porque defende um abordagem colaborativa entre os profissionais e os utilizadores. Para além do facto, dos próprios utilizadores poderem expressar as suas opiniões sobre os serviços que frequentam e revelar as suas experiências pessoais (Sacchetto et al., 2015).

O QC-SMC é constituído por 48 afirmações distribuídas por um conjunto de dimensões, nomeadamente: Otimismo, Afiliação, Ativismo, Razão Prática, Auto-suficiência / Auto Determinação e Família.

As respostas são fornecidas através de uma escala de likert (Anexo 10) com 4 pontos, nomeadamente (1) Não Alcancei de todo; (2) Não Alcancei Muito; (3) Alcancei Parcialmente; (4) Alcancei Totalmente.

Questionário WHOQOL- Bref

O World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), na sua versão longa (WHOQOL-100) e breve (WHOQOL-Bref), (Anexo 5) tem como objetivo avaliar a qualidade de vida, tal como foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este instrumento foi construído de acordo com uma metodologia própria, reunindo em 1991 um grupo de peritos internacionais (WHOQOL Group), pertencentes a 15 Centros de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. O estudo de validação do WHOQOL-Bref para português Europeu foi realizado através da colaboração entre investigadores de várias universidades, formando assim o Centro Português para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Os primeiros estudos em Portugal, tiveram início em Abril de 2004 e a aplicação do instrumento foi desenvolvido durante o primeiro semestre de 2005.

Este estudo utilizou o WHOQOL-Bref, uma versão mais abreviada e que é composto por 26 itens e está organizado em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

As respostas são apresentadas através de uma escala de likert (Anexo 10) com 5 pontos com as seguintes alternativas de resposta: Pergunta 1 (G1), (1) Muito Má; (2) Má; (3) Nem Boa Nem Má; (4) Boa; (5) Muito Boa. Pergunta 2 (G4), (1) Muito Insatisfeito; (2) Insatisfeito; (3) Nem Satisfeito Nem Insatisfeito; (4) Satisfeito; (5) Muito Satisfeito. Da Pergunta 3-9, (1) Nada; (2) Pouco; (3) Nem Muito Nem Pouco; (4) Muito; (5) MUITÍSSIMO. Da Pergunta 10-14, (1) Nada; (2) Pouco; (3) Moderadamente; (4) Bastante; (5) Completamente. Na Pergunta 15 (F9.1), (1) Muito Má; (2) Má; (3) Nem Boa Nem Má; (4) Boa; (5) Muito Boa. Da Pergunta 16-25, (1) Muito Insatisfeito; (2) Insatisfeito; (3) Nem Satisfeito Nem Insatisfeito; (4) Satisfeito; (5) Muito Satisfeito e na Pergunta 26 (F8.1), (1) Nunca; (2) Poucas Vezes; (3) Algumas Vezes; (4) Frequentemente; (5) Sempre.

Questionário K6+

O Questionário K6 (Kessler et al., 2003), (Anexo 6) é uma escala que mede o sofrimento psicológico e é composto por 6 itens. A tradução para português foi realizada em nome do Comité Consultivo de Compostos Internacionais de Diagnóstico da Organização Mundial de Saúde, composta por Yuan-Pang Wang e colegas. Visto que apresenta uma boa consistência interna, tem sido uma boa escolha para rastrear doenças mentais graves. É pedido ao entrevistado que responda como se tem sentido durante os últimos 30 dias, através das alternativas de resposta apresentadas numa escala de likert (Anexo 10) com 5 pontos distribuídos da seguinte forma: (1) O Tempo Todo; (2) A Maior Parte do Tempo; (3) Parte do Tempo; (4) Um Pouco; (5) Nunca.

Questionário BUES-PT

O Questionário BUES-PT (Copyright 1991 Trustees of Boston University- Center for Psychiatric Rehabilitation, Sciarappa & Rogers), (Anexo 7) é uma escala constituída por 25 itens e aborda áreas como perspectivas de vida e tomadas de decisão. As respostas são dadas com base numa escala de likert (Anexo 10) com 4 pontos em que (1) Concordo Totalmente; (2) Concordo; (3) Discordo; (4) Discordo Totalmente.

Questionário RAS-PT

O Questionário RAS-PT (Recovery Assessment Scale), (Anexo 8) foi originalmente desenvolvido por Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster and Keck (2004) e validado mais tarde na população portuguesa (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2016). É composto por 24 itens distribuídos por 4 dimensões, que incluem: Objetivos Pessoais e Esperança, Necessidades de Ajuda, Relacionamentos Interpessoais de Suporte e Sintomas. As respostas são dadas de acordo com uma escala de likert (Anexo 10) com 5 pontos: (1) Discordo Totalmente; (2) Discordo; (3) Nem Discordo Nem Concordo; (4) Concordo; (5) Concordo Totalmente.

3.4. Procedimentos

Este estudo enquadra-se num projecto de investigação do Programa de Doutoramento em Psicologia Comunitária do ISPA- Instituto Universitário e tem como objetivo a construção e validação de um questionário inspirado na abordagem das capacidades de Naussbaum. Foi realizada uma primeira fase de entrevistas com os utilizadores de várias associações que intervêm na área da saúde mental. Desta forma, foi possível aferir os itens necessários para a elaboração do Questionário das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária e a sua validação na população portuguesa.

Foram contactadas associações na área da saúde mental dos distritos de Lisboa e de Faro (Anexo 12) para colaborarem no presente estudo, algumas participaram pela primeira vez, sendo que outras já tinham participado na primeira fase do projecto de investigação referido anteriormente.

As associações participantes fizeram a triagem dos entrevistados, encaminhando desta forma aqueles que reuniam os critérios de inclusão para este estudo, nomeadamente: frequentarem os serviços da associação no mínimo há 2 meses e não terem participado na primeira fase da investigação.

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes e foram realizadas em sessões individuais com uma duração média de 45 minutos, sendo ajustadas ao ritmo e às necessidades de cada uma das pessoas.

No início de cada entrevista foi explicado aos participantes os objetivos do estudo, a importância da sua participação, a confidencialidade dos dados e os procedimentos da entrevista. Foi lido o Consentimento Informado (Anexo 1) e assinado o Consentimento de participação (Anexo 2) por cada entrevistado e pelo entrevistador, sendo que um dos consentimentos ficou com o participante e o outro com o projeto. No consentimento informado foi fornecido um endereço de correio eletrónico para o caso de surgirem dúvidas ou comentários futuros.

A amostra é constituída por 53 inquiridos, distribuídos da seguinte forma: AEIPS Lisboa (2 participantes), ASMAL Faro (18 participantes), ASMAL Almancil (6 participantes) e os restantes 27 participantes estão integrados na ARIA Lisboa, Oeiras e Cascais e no GAC Lisboa.

O protocolo utilizado no estudo é constituído por: Questionário de Caracterização Individual (Anexo 3), QC-SMC (Anexo 4), WHOQOL-Bref (Anexo 5), K6+ (Anexo 6), BUES-PT (Anexo 7) e RAS-PT (Anexo 8). Para cada questionário foi aplicada a respetiva escala de resposta (Anexo 10). No final de cada sessão o entrevistador preencheu uma ficha com os respetivos códigos de identificação da organização, do participante, a forma de preenchimento, a área de residência e um pequeno resumo da situação clínica de cada participante (Anexo 9).

Procedeu-se à inserção e análise de dados no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para a realização dos procedimentos estatísticos, com o objetivo de comparar as variáveis e população em estudo. O tratamento dos dados iniciou-se com análises descritivas, relacionadas com a caracterização sociodemográfica da amostra. Seguidamente verificou-se a consistência interna do Questionário das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC), tendo em conta o conjunto das dimensões do questionário.

Com a análise dos resultados concluída, realizou-se a discussão dos mesmos de forma a compreender se correspondem com a literatura. Desta forma, foi possível observar algumas diferenças, o que permitiu enriquecer a reflexão sobre o tema em estudo, de modo a ser possível concluir os principais resultados e contributos do mesmo.

Tratando-se de um estudo de natureza empírica, procurou-se recolher dados de múltiplas fontes para tornar possível a triangulação dos dados (Bogdan & Biklen, 1994; Gall, Borg & Gall, 1996; Lüdke & André, 1986; Yin, 1994).

3.5. Caracterização dos participantes da amostra

De acordo com Almeida & Freire (2000), as amostras são grupos de sujeitos, juntos dos quais se vai concretizar a investigação ou então correspondem ao conjunto de ocorrências ou comportamentos que são registrados. A amostragem vai ter um impacto muito importante na qualidade dos resultados devendo ter o máximo de representatividade possível em relação à população.

A amostra é constituída por 53 participantes e podemos verificar os principais dados da Caracterização sociodemográfica da população deste estudo na Tabela 1, com referência à

Idade, Sexo, Estado civil, se tem Filhos, Escolaridade, Situação profissional e se Desejaria outra actividade profissional.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica (N = 53)

	n	%
<i>Idade (Média, ± DP)</i>	42.8	13.5
<i>Sexo</i>		
Feminino	22	58.5
Masculino	31	35,4
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	48	90,6
Casado	2	3,8
Separado	1	1,9
Divorciado	1	1,9
Viúvo	1	1,9
<i>Filhos</i>		
Não	46	86,8
Sim	7	13,2
<i>Escolaridade</i>		
Não sabe ler nem escrever	2	3,8
Sabe ler e/ou escrever	3	5,7
Escolaridade básica 1º ciclo	9	17,0
Escolaridade básica 2º ciclo	8	15,1
Escolaridade básica 3º ciclo	10	18,9
Escolaridade secundária	18	34,0
Qualificação profissional	2	3,8
Licenciatura	1	1,9
<i>Situação profissional</i>		
Desempregado/a	11	20,8
Reformado/a de trabalho	1	1,9
Pensão social ou RSI	3	5,7
Pensão de invalidez	36	67,9
Outro	2	3,8
<i>Desejaria outra actividade profissional</i>		
Não	34	65,4
Sim	18	34,6

Com base nos dados apresentados na tabela anterior, podemos verificar que os 53 participantes têm uma média de idades de 42.8 anos, variando entre um mínimo de 19 e um máximo de 76 anos. A maioria é do género feminino (58.5%), solteira (90.6%), sem filhos (86.8%), com escolaridade ao nível do ensino secundário (34%) e a maioria encontra-se a receber uma pensão de invalidez (67.9%). Cerca de um terço afirma que desejaria realizar outra actividade profissional.

A recolha de dados é um procedimento lógico da investigação empírica ao qual compete seleccionar técnicas de recolha e tratamento da informação adequadas, bem como controlar a sua utilização para os fins especificados. As técnicas são conjuntos de procedimentos bem definidos destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela actividade de pesquisa (inquérito por questionário, entrevista, teste, documentos, entre outros).

Como afirmado anteriormente, o instrumento de recolha de dados utilizado foi o inquérito por questionário, construído pelo investigador para dar resposta aos objetivos da investigação, na sua construção considerámos as propostas dos diversos autores, nomeadamente no que diz respeito à sua clareza, extensão, introdução, à formulação de questões e opções de resposta (Ghiglione & Matalon, 1992; Hill & Hill, 2005; Moreira, 2004; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Segundo alguns autores, o inquérito por questionário revela ser uma ferramenta com utilização pedagógica pelo seu carácter preciso e formal da sua construção e da sua aplicação prática. Para estes, o questionário consiste numa série de perguntas relacionadas com a situação social, profissional ou familiar, às opiniões, às atitudes em relação a opções ou questões humanas e sociais, ou às expectativas.

O inquérito por questionário tem sido a técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e a que tem predominado nas ciências e na sociedade em geral.

Tendo em conta os objetivos desta investigação e a sua natureza exploratória, optámos por uma abordagem que privilegia a recolha de dados quantitativos com recurso ao inquérito por questionário, por melhor se ajustar aos objetivos do estudo, à população abrangida e às condições de realização da pesquisa.

Portanto, a investigação aqui apresentada retrata uma pesquisa aplicada, pois visa contribuir para fins práticos, com o propósito de ajudar na solução de problemas concretos identificados no espaço definido e específico destacado neste estudo. É uma investigação de cariz quantitativo, consistindo num estudo e natureza exploratória, compreendendo a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo.

4. Análise dos Resultados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson e o teste t de Student para amostras independentes. Nas situações em que a dimensão das amostras era superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. O pressuposto de homogeneidade de variâncias foi analisado com o teste de Levene. Quando este pressuposto não se encontrava satisfeitos usou-se o teste t de Student com a correção de Welch.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 24.0 para Window (Anexo 11).

A partir dos dados recolhidos da amostra deste estudo, pretende-se explorar os resultados obtidos na descrição das informações da ficha de caracterização sociodemográfica e entender as diferenças de género na aquisição de um conjunto de capacidades nos utilizadores de serviços de saúde mental comunitária.

Verificou-se que a população tem uma média de idades aproximada dos 43 anos, em que a maioria é do sexo feminino, sendo o estado civil maioritariamente solteiros e sem filhos. Na área educacional, a maioria dos participantes tem escolaridade ao nível do ensino secundário, no contexto profissional a maioria recebe pensão de invalidez e um maior número de participantes refere que não desejaria realizar outra actividade profissional. Algumas das pessoas durante a entrevista expressaram que não se sentem confiantes para assumir responsabilidades profissionais. Verificando-se desta forma, a necessidade e a importância de um maior suporte por parte da família, dos serviços de saúde mental e da própria comunidade

de forma a encontrar estratégias de reinserção socioprofissional para as pessoas com experiência de doença mental. Pois, considera-se ser uma mais valia para estas pessoas o respeito pelas suas liberdades de escolha e a possibilidade de novas oportunidades através de uma inserção no mercado de trabalho através do emprego apoiado ou de uma medida em emprego protegido. É fundamental utilizar aquilo que cada um é capaz de fazer a partir dos seus próprios meios, como forma de desenvolver as suas capacidades. Visto que é possível a pessoa evoluir nas suas capacidades, se conciliar os seus agentes biológicos com o suporte social.

Nas tabelas seguintes, ou seja, da Tabela 2 à Tabela 9 podemos analisar alguns dados complementares à caracterização da amostra. Na Tabela 2 podemos verificar a frequência e percentagem sobre o conhecimento que os inquiridos têm em relação ao seu diagnóstico de saúde mental.

Tabela 2 – Diagnóstico de saúde mental

	Frequência	Percentagem
Não	15	28,3
Sim	38	71,7
Total	53	100,0

Na Tabela 2 podemos observar que uma percentagem elevada dos entrevistados (71.7%) conhece o seu diagnóstico de saúde mental e (28.3%) desconhece o seu diagnóstico.

O diagnóstico de doença mental traz consigo uma segregação social. Por vezes, provocada pelos demais que por receio e incompreensão afastam a pessoa, e por outras pelo próprio indivíduo que se auto exclui, pelo receio de lidar com estas reações (Sousa, 2012). Além disso, a sintomatologia de algumas perturbações psiquiátricas pode deixar a pessoa temporariamente impedida de prosseguir com o seu trabalho, podem surgir períodos de isolamento social e de ruturas com a família. A pessoa com experiência de doença mental não poderá nem deverá viver isolada, a resposta principal para esta inclusão habitualmente é no seio familiar. Reconhecendo a família como o suporte principal é junto desta que preferencialmente se tenta fazer com que esta seja uma forte parceira para o processo de inclusão social da pessoa com experiência de doença mental. No entanto, quando a família

não representa a resposta adequada para o suporte da pessoa, cabe à governação pública apresentar respostas para estes indivíduos. É desta forma, que surgem as respostas comunitárias através de fóruns sócio ocupacionais, residências comunitárias e apoio domiciliário. Pois, a ocupação é intrínseca ao bem-estar do indivíduo e necessária para a manutenção da sua saúde mental.

Na Tabela 3 é apresentado a frequência e percentagem acerca dos diagnósticos de saúde mental dos inquiridos com Esquizofrenia, Psicose Bipolar, Perturbação Obsessiva Compulsiva (POC), Depressão Maior e outro.

Tabela 3 – Qual

	Frequência	Percentagem
Esquizofrenia	22	44,9
Psicose Bipolar	11	22,4
POC	2	4,1
DepressãoMaior	2	4,1
Outro	12	24,5
Total	49	100,0

Com base nos resultados obtidos, verificamos que os diagnósticos mais frequentes são a Esquizofrenia (44.9%) e a Psicose Bipolar (22.4%), sendo que (24.5%) representa outro tipo de diagnósticos e (4.1%) apresenta Perturbação Obsessiva Compulsiva (POC) e Depressão Maior.

A esquizofrenia pode afetar diferentes áreas do comportamento humano- motora, afetiva, cognitiva e social, podendo algumas das suas consequências serem a ausência ou diminuição de resposta emocional, o isolamento social, diminuição das capacidades cognitivas, apatia, etc.. A esquizofrenia não parece ser explicada pelo estrato social, formação académica ou situação económica. Habitualmente surge próxima dos 25 anos, a nível de género a esquizofrenia não é uma doença cingida a nenhum sexo, no entanto apesar de vários autores não encontrarem esta diferença, recentes estudos epidemiológicos mostram que a prevalência é mais no género masculino. Os autores Rabasquinho e Pereira (2007) verificam na sua investigação sobre as questões de género na saúde mental, a polémica que existe nas

tentativas de explicação de algumas associações entre perturbação psiquiátrica e género. Uma das teorias que os autores encontram é a de indicadores psicossociais, defendendo que as mulheres usualmente mais habituadas a interiorizar o distress manifestam futuramente como resultado disso patologias associadas à ansiedade, depressão e impulsos suicidas. Por outro lado os homens, culturalmente aceites e encorajados a manifestações de desconforto e de luta, exteriorizam com mais frequência as suas vivências de distress, manifestações que se podem relacionar com comportamentos mais violentos, anti sociais, uso de substâncias e também suicídio (Rabasquinho & Pereira, 2007).

Na Tabela 4 são apresentados os vários serviços de Saúde Mental que os participantes recorrem no seu dia-a-dia, nomeadamente: Consultas externas, Utilização de medicação psiquiátrica, Unidade de dia no hospital, Apoio domiciliário, Centro de dia/Fórum sócio ocupacional e Residência comunitária.

Tabela 4 - Serviços Saúde Mental

		Não		Sim	
		N	%	N	%
Utiliza Consultas externas	4	7,5%	49	92,5%	
(psiquiatria/psicologia)					
Utiliza Medicamentação psiquiátrica	7	13,2%	46	86,8%	
Utiliza Unidade de dia no Hospital	0	0,0%	0	0,0%	
Utiliza Apoio Domiciliario	51	96,2%	2	3,8%	
Utiliza Fórum Sócio ocupacional/Centro de dia	3	6,0%	47	94,0%	
Utiliza Residência Comunitária	44	88,0%	6	12,0%	

Conforme é possível verificar na tabela acima, os serviços mais utilizados pelos participantes da amostra são o Fórum Sócio ocupacional/Centro de dia (94%) e as Consultas externas (92.5%) e (86.8%) fazem Medicação psiquiátrica. Nesta questão (12%) utiliza a Residência Comunitária e (3.8%) o Apoio Domiciliário. Nenhum participante referiu utilizar a opção Unidade de dia no Hospital.

Os Fóruns Sócio ocupacionais são serviços de reabilitação psicossocial, que através do desenvolvimento de múltiplas atividades orientadas por uma equipa multidisciplinar procura

promover a valorização pessoal, a autonomia, a integração social e a qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental. Apoiando na construção de um projecto de vida, promovendo a adesão a um plano terapêutico, apoiar as famílias, promover a integração e a sensibilização da comunidade. No final desta tese (Anexo 12) são apresentadas as várias áreas de intervenção dos Fóruns Sócio ocupacionais das associações que participaram neste estudo.

Na Tabela 5 podemos observar há quanto tempo os participantes frequentam os serviços da organização onde estão inseridos.

Tabela 5 - Há quantos meses frequenta a organização

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Anos	46	1	17	4,89	4,56
Meses	15	2	11	5,47	3,02

Conforme os resultados apresentados na tabela anterior, é possível constatar que em termos médios os sujeitos frequentam a organização há 5 anos e 5 meses. Durante a fase de entrevistas, foi possível verificar a relevância e o impacto positivo que as associações de saúde mental comunitária têm na vida dos seus utilizadores. Através do suporte que dão fomentando a coesão de grupo, mas respeitando as capacidades individuais de cada um.

Na Tabela 6 podemos verificar qual é a situação habitacional em que os participantes se encontram, nomeadamente: Residência comunitária, Habitação independente, Com familiares e outro.

Tabela 6 – Qual a sua situação habitacional

	Frequência	Percentagem
Residência comunitária	4	7,5
Habitação independente	4	7,5
Com familiares	40	75,5
Outro	5	9,4
Total	53	100,0

Com base nos dados apurados, é possível observar que há uma proporção de 75.5% que indica que vive com os familiares. Nesta questão (9.4%) referiu outra situação habitacional diferente das descritas na tabela e (7.5%) afirmam viver numa residência comunitária e igual percentagem verbalizou viver numa habitação independente.

A família é uma dimensão muito importante no processo de reabilitação da pessoa com experiência de doença mental. Através dos relatos de alguns dos entrevistados, entende-se que a família neste processo, deve ser definida como a pessoa que acompanha e que está presente na vida destes, independentemente dos laços que os unam, quer sejam eles biológicos, ou não.

Na Tabela 7 é descrita a frequência e a percentagem sobre o tipo de escolha pessoal por parte dos sujeitos em relação à solução habitacional onde vivem.

Tabela 7 - Foi uma escolha sua viver nesta solução habitacional

	Frequência	Percentagem
Não	14	26,4
Sim	39	73,6
Total	53	100,0

Na tabela anterior, verificamos que a maioria (73.6%) afirma que a sua situação habitacional resulta de uma escolha própria e (26.4%) afirma que não foi uma escolha sua a solução habitacional que têm. Estes dados revelam a importância de ser dado às pessoas com experiência de doença mental a oportunidade de opção de escolha e decisão sobre as suas próprias vidas, podendo desta forma assumirem os seus direitos, iguais a qualquer outra pessoa.

Na Tabela 8 é descrito a frequência e a percentagem sobre a resposta dos participantes acerca do seu desejo em viver noutra solução habitacional.

Tabela 8 - Desejaria outra solução habitacional

	Frequência	Percentagem
Não	32	60,4
Sim	21	39,6
Total	53	100,0

Podemos constatar nos dados anteriores que uma percentagem de 40% expressa que desejaria outra situação habitacional, no entanto a maioria (60.4%) afirma que não desejaria outra solução habitacional. É frequente os entrevistados que vivem com a família relatarem que se sentem mais seguros e acompanhados no seu dia-a-dia, mostrando desta forma que preferem a solução habitacional que têm.

Na Tabela 9 é possível perceber a percentagem dos programas, actividades e serviços da associação em que os sujeitos participam e que são os seguintes: Actividades ocupacionais, Actividades culturais, Treino de competências de vida diária, Psicoterapia de grupo, Reuniões comunitárias, Grupo de ajuda-mútua, Actividade desportiva de grupo, Actividade desportiva individual, Residência comunitária, Apoio domiciliário, Suporte individual dos técnicos da organização através de um Plano Individual de Recovery e Suporte individual dos técnicos da organização através de um Plano Terapêutico.

Tabela 9 -Em que programas/atividades/serviços participa

	N	%
Atividades ocupacionais	49	92,5%
Atividades culturais	23	43,4%
Treino de competências de vida diária	18	34,0%
Psicoterapia de grupo	16	30,2%
Reuniões comunitárias	13	24,5%
Grupo de ajuda mútua	11	20,8%
Actividade desportiva de grupo	13	24,5%
Actividade desportiva individual	2	3,8%
Residência comunitária	1	1,9%
Apoio domiciliário	0	0,0%
Suporte individual dos técnicos da organização através de um Plano Individual de Recovery	4	7,5%
Suporte individual dos técnicos da organização através de um Plano Terapêutico	2	3,8%

Podemos verificar com base na tabela anteriormente apresentada que os programas, actividades e serviços da organização em que os sujeitos mais participam são as Actividades ocupacionais (92.5%), as Actividades culturais (43.4%) e o Treino de competências de vida diária (34%). Nesta questão, (30.2%) respondeu que participa na Psicoterapia de grupo, (24.5%) nas Reuniões comunitárias e a mesma percentagem na Actividade desportiva de grupo. Verificamos ainda que (20.8%) participa no Grupo de ajuda mútua, (7.5%) participa num Plano Individual de Recovery com o suporte individual dos técnicos da organização, (3.8%) participa na Actividade desportiva individual e igual percentagem refere que participa num Plano Terapêutico através do suporte individual dos técnicos da organização, (1.9%) refere fazer parte da Residência comunitária e 0.0% não recorre ao Apoio domiciliário.

É possível concluir através dos dados apresentados na tabela anterior, a importância que as actividades ocupacionais desenvolvidas pelas associações de saúde mental comunitária representam na vida das pessoas com experiência de doença mental e a adesão que estas têm revelado através do seu interesse em participar nas actividades que promovem o desenvolvimento de capacidades.

Questionário das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)

Na Tabela 10 podemos observar a consistência interna do QC-SMC no conjunto das dimensões: Otimismo, Afiliação, Ativismo, Razão prática, Família e Auto-suficiência/Autodeterminação.

Tabela 10 - Consistência interna: QC-SMC

	Cronbach's Alpha	N of Items
Otimismo	.875	13
Afiliação	.761	9
Ativismo	.762	8
Razão prática	.565	8
Família	.688	3
Autosuficiência/Auto-determinação	.767	7

Os valores de consistência interna do QC-SMC variam entre um mínimo de .565 (fraco mas aceitável) na dimensão Activismo a um máximo de .875 (bom) na dimensão Optimismo. A categorização dos valores de Alfa segue o indicado em Hill (2005).

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos na escala do QC-SMC podem ser observadas na Tabela 11. Nela indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão das seis dimensões: Optimismo, Afiliação, Ativismo, Razão prática, Família e Auto-suficiência/Autodeterminação e o QC-SMC Total.

Tabela 11 - Estatísticas descritivas: QC-SMC

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Optimismo	1,62	4,00	3,12	0,58
Afiliação	2,00	4,00	3,22	0,51
Ativismo	1,00	3,25	1,52	0,56
Razão prática	2,13	4,00	3,13	0,45
Família	1,00	4,00	3,08	0,81
Autossuficiência/ Autodeterminação	1,00	3,86	2,34	0,75
QC-SMC Total	1,81	3,35	2,76	0,37

Com base nos dados da tabela anterior, verificamos que os sujeitos obtêm valores mais elevados na dimensão Afiliação (3.22) e mais baixos na dimensão Ativismo (1.52). A dimensão Razão prática apresenta uma média de (3.13), a dimensão Optimismo uma média de (3.12), a dimensão Família uma média de (3.08) e a dimensão Auto-suficiência/Autodeterminação uma média de (2.34). Desta forma, as pessoas com experiência de doença mental revelam na dimensão Afiliação ter noção do que é viver em sociedade, relacionando-se e mostrando interesse pelos outros. Reconhecendo-se como pessoas capazes com os mesmos direitos e oportunidades que os outros. A dimensão Ativismo foi a que apresentou uma percentagem média mais baixa, revelando que as pessoas envolvidas neste estudo apresentam valores mais baixos na capacidade em expressar os seus pontos de vista e

preocupações, aceder às informações e aos serviços, defender e proteger os seus direitos e responsabilidades, explorar acções e fazer escolhas.

4.1- Questões de investigação

Questão 1- Há diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária no conjunto das dimensões?

Na Tabela 12 podemos verificar as diferenças estatísticas na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária entre Homens e Mulheres no conjunto das dimensões: Otimismo, Afiliação, Ativismo, Razão prática, Família e Auto-suficiência e o QC-SMC Total.

Tabela 12 – QC-SMC e Género

	Masculino		Feminino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Otimismo	5,08	1,07	5,06	,78	.931
Afiliação	3,21	,57	3,24	,43	.831
Ativismo	1,56	,59	1,48	,54	.546
Razão prática	3,07	,50	3,23	,37	.199
Família	3,25	,81	2,86	,78	.030*
Auto-suficiência	2,31	,76	2,39	,77	.732
QC-SMC Total	2,76	,43	2,76	,27	.996

* $p < .050$, ** $p < .010$, *** $p < .001$.

Com base nas informações apresentadas na tabela anterior verificamos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Os Homens obtêm valores significativamente superiores aos das Mulheres na dimensão Família (3.25 vs 2.86), Família, $Z = -2.170$, $p = .030$. Apresentam ainda valores ligeiramente superiores aos das Mulheres na dimensão Otimismo (5.08 vs 5.06) e na dimensão Ativismo (1.56 vs 1.48). Nas restantes dimensões as Mulheres apresentam valores superiores aos dos Homens, nomeadamente na Afiliação (3.24 vs 3.21), Razão prática (3.23 vs 3.07) e Auto-suficiência (2.39 vs 2.31).

Questão 2- Há diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária na dimensão Otimismo?

A Tabela 13 apresenta a média dos valores das diferenças de resposta entre os Homens e as Mulheres nas 12 afirmações para a dimensão Otimismo, que são: Estar alegre, Estar relaxado/a, Ganhar alegria de viver, Ocupar a mente com coisas úteis para a minha vida, Sentir-me emocionalmente equilibrado/a, Ser optimista, Ter autoconfiança, Ter auto-estima, Ter confiança em viver uma vida longa, Ter esperança de viver bem, Ter esperança para o meu futuro, Ter oportunidades, de diversão e Valorizar as minhas potencialidades.

Tabela 13 – Género e Otimismo

	Homem		Mulher		Sig.
	Médi a	DP	Médi a	Dp	
estar alegre.	2.94	1.00	3.05	1.05	0.605
estar relaxado/a.	3.00	.86	3.00	1.02	0.796
ganhar alegria de viver.	3.35	.98	3.23	.61	0.153
ocupar a mente com coisas úteis para a vida.	3.06	1.00	3.27	.77	0.567
sentir-me emocionalmente equilibrado/a.	3.16	.93	3.00	.82	0.316
ser optimista.	3.16	.90	3.05	1.00	0.727
ter autoconfiança.	2.97	1.11	3.05	.90	0.992
ter auto-estima.	3.06	1.09	3.05	1.09	0.884
ter confiança em viver uma vida longa.	2.90	1.19	3.09	.97	0.724
ter esperança de viver bem.	3.16	1.04	3.55	.51	0.319
ter esperança para o meu futuro.	3.13	.85	3.00	.87	0.584
ter oportunidades de diversão.	3.55	.62	3.05	.72	0.010*
valorizar as minhas potencialidades.	3.23	.76	3.14	.83	0.723

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Com base nos dados apresentados na tabela anterior encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas nas questões da dimensão Optimismo em função do género:

Ter oportunidades de diversão, $Z = -2.574$, $p = .010$, os Homens consideram mais que conseguiram alcançar esta capacidade do que as Mulheres (3.55 vs 3.05).

Uma das justificações para o facto de os Homens considerarem mais que conseguiram alcançar esta capacidade do que as Mulheres, pode estar relacionado com as responsabilidades

e com os desafios colocados à Mulher. Atualmente, a Mulher desempenha vários papéis ao mesmo tempo, esposa, mãe, filha, cuidadora, profissional e o de Mulher. As Mulheres podem sofrer mais de depressão do que os Homens devido às “responsabilidades domésticas” e de cuidar dos outros. As mulheres são mais propensas a sofrer de problemas de saúde mental devido a certos fatores, como a maior probabilidade de serem vítimas de abuso ou até a experiência do parto.

Questão 3- Há diferenças de género na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária na dimensão Afiliação?

A Tabela 14 apresenta a média dos valores das diferenças das respostas entre os Homens e as Mulheres nas 9 afirmações que caracterizam a dimensão Afiliação e que são: Desfrutar do ambiente natural, Estar à vontade em espaços públicos, interagir com os membros da comunidade, sentir-me integrado/a na comunidade, sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade, ser assertivo/a, ser sociável, ter novos relacionamentos sociais e ter sentimentos de pertença à comunidade.

Tabela 14 – Género e Afiliação

	Homem		Mulher		Sig.
	Médi a	DP	Médi a	Dp	
desfrutar do ambiente natural.	3.10	.98	3.36	.90	0.300
estar à vontade em espaços públicos.	3.35	.71	3.27	.77	0.709
interagir com os membros da comunidade.	3.10	.87	3.18	.85	0.719
sentir-me integrado/a na comunidade.	3.00	1.06	3.14	.71	0.864
sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade.	3.48	.68	3.50	.80	0.670
ser assertivo/a.	2.97	1.02	3.09	.92	0.710
ser sociável.	3.58	.62	3.41	.59	0.227
ter novos relacionamentos sociais.	3.16	.97	3.23	1.02	0.702
ter sentimentos de pertença à comunidade.	3.16	1.10	3.00	.93	0.270

Através dos dados apresentados na tabela anterior podemos afirmar que não encontramos diferenças estatisticamente significativas nas questões da dimensão Afiliação em função do género, ou seja, não encontramos diferenças entre Homens e Mulheres no que concerne ao sentimento de respeito para consigo próprio e para com as outras pessoas, e no sentimento de pertença à comunidade.

Questão 4- Há diferenças de género na aquisição das Capacidades em Saúde Mental Comunitária na dimensão Ativismo?

A Tabela 15 apresenta a média dos valores das diferenças das respostas dadas entre os Homens e as Mulheres nas 8 afirmações que constituem a dimensão Ativismo e que são: Apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências), Assistir a eventos públicos na área da saúde mental, Participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental, Participar num grupo de ajuda mútua de pares (com outras pessoas com exp. de doença mental, sem profissionais), Representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental, Ser membro dos corpos sociais da organização, Ser sócio/a da organização e ter oportunidades de realizar atividades de voluntariado.

Tabela 15 – Género e Ativismo

	Homem		Mulher		Sig.
	Médi a	DP	Médi a	Dp	
apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	1.26	.68	1.23	.61	0.828
assistir a eventos públicos na área da saúde mental.	1.97	1.22	1.82	.91	0.953
participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	1.58	.99	1.55	1.01	0.891
participar num grupo de ajuda mútua de pares (com outras pessoas com exp. de doença mental, sem profissionais).	1.74	1.12	1.59	1.14	0.449
representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental.	1.42	.89	1.45	.86	0.941
ser membro dos corpos sociais da organização.	1.16	.58	1.27	.70	0.623
ser sócio/a da organização.	1.32	.75	1.14	.64	0.141
ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	2.03	1.14	1.77	1.15	0.360

Segundo os dados apurados e apresentados na tabela anterior não encontramos diferenças estatisticamente significativas nas questões da dimensão Ativismo em função do género, revelando que não existem diferenças significativas entre Homens e Mulheres na capacidade em expressar os seus pontos de vista e preocupações, defender e proteger os seus direitos e fazer as suas escolhas.

Questão 5- Há diferenças de género na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária na dimensão Razão prática?

Na Tabela 16 podemos verificar as diferenças nos valores médios entre Homens e Mulheres nas respostas dadas nas 8 afirmações para a dimensão Razão prática e que são: Confeccionar as minhas refeições, Cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina), Organizar-me nas tarefas de casa, Ser assíduo/a, Ter conhecimentos acerca da alimentação saudável, Ter consciência da minha condição física, Ter controlo sobre as atividades do dia-a-dia e Ter sentido de responsabilidade.

Tabela 16 – Género e Razão prática

	Homem		Mulher		Sig.
	Médi a	DP	Médi a	Dp	
confeccionar as minhas refeições.	1.94	1.12	2.27	1.32	0.372
cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina).	3.35	.91	3.32	.99	0.984
organizar-me nas tarefas de casa.	2.74	1.12	2.64	1.09	0.715
ser assíduo/a.	3.45	.72	3.82	.50	0.032*
ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.	3.32	.94	3.59	.85	0.190
ter consciência da minha condição física.	3.61	.62	3.77	.43	0.389
ter controlo sobre as atividades do dia-a-dia.	3.06	.93	3.18	.85	0.679
ter sentido de responsabilidade.	3.06	.93	3.27	.88	0.385

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Com base nos dados apresentados na tabela anterior verificamos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Ser assíduo, $Z = -2.149$, $p = .032$, as Mulheres consideram mais que conseguiram alcançar esta capacidade do que os Homens (3.82 vs 3.45).

As Mulheres ao apresentarem valores superiores aos dos Homens na dimensão Razão prática, revelam ter uma maior visão crítica para conseguir definir as suas escolhas e planos de vida

Questão 6- Há diferenças de género na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária na dimensão Família?

Na Tabela 17 podemos observar as diferenças nos valores médios entre Homens e Mulheres nas respostas dadas nas 3 afirmações para a dimensão Família e que são: Melhorar o relacionamento com a minha família, Participar nos eventos familiares e Sentir-me aceite pela minha família.

Tabela 17 – Género e Família

	Homem		Mulher		Sig.
	Médi a	DP	Médi a	Dp	
melhorar o relacionamento com a minha família.	3.29	.97	2.73	1.03	0.026*
participar nos eventos familiares.	3.13	1.02	2.86	1.17	0.452
sentir-me aceite pela minha família.	3.32	.87	3.00	1.15	0.416

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Com base nos dados descritos na tabela 17 podemos verificar as seguintes diferenças estatísticas nas respostas dadas entre Homens e Mulheres:

Melhorar o relacionamento com a minha família, $Z = -2.223$, $p = .026$, os Homens consideram mais que conseguiram alcançar esta capacidade do que as Mulheres (3.29 vs 2.73). Ou seja, os Homens através da aquisição desta capacidade refletem a sua preocupação em melhorar o seu relacionamento e sentimentos de aceitação e de pertença.

Questão 7 – Há diferenças de género na aquisição das Capacidades em Saúde Mental Comunitária na dimensão Auto-suficiência?

A Tabela 18 descreve as diferenças encontradas nas respostas entre Homens e Mulheres nas 7 afirmações que caracterizam a dimensão Auto-suficiência e que são: Aceder a uma habitação independente, Gerir o meu dinheiro e ser autónomo/a na gestão da minha medicação.

Tabela 18 – Género e Auto-suficiência

	Homem		Mulher		Sig.
	Médi a	DP	Médi a	Dp	
aceder a uma habitação independente.	1.65	1.11	1.41	.85	0.514
gerir o meu dinheiro.	2.32	1.11	2.41	1.26	0.837
ser autónomo/a na gestão da minha medicação.	2.81	1.25	2.90	1.45	0.537
ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental.	2.61	1.31	2.64	1.26	0.992
ter poder de decisão sobre a minha vida.	2.90	1.08	2.59	1.10	0.269
tornar-me autónomo/a a nível financeiro.	1.68	.98	1.95	1.25	0.471
tornar-me independente da minha família.	2.23	1.18	2.73	1.24	0.126

Com base nos dados recolhidos e apresentados na tabela anterior não encontramos diferenças estatisticamente significativas nas 7 questões da dimensão Auto-suficiência em função do género. Tendo em conta, que as pessoas com experiência de doença mental têm sofrido e revelado ao longo do tempo baixa autodeterminação, torna-se essencial promover a capacidade destas pessoas tomarem consciência e de serem autónomos em vários domínios da vida, tais como rotinas diárias, habitação, família, problemas financeiros e de saúde mental.

Os resultados obtidos e apresentados nas tabelas anteriores revelam as diferenças estatisticamente significativas na aquisição das Capacidades em Saúde Mental Comunitária em função do género no conjunto das dimensões avaliadas e já anteriormente descritas.

5. Discussão dos Resultados

Ao longo da presente dissertação foi defendida a importância das pessoas com experiência de doença mental conseguirem adquirir e desenvolver capacidades através do suporte dado pelos serviços de saúde mental comunitária. Ao explorar os resultados provenientes da amostra, verifica-se que, existem diferenças de género na aquisição das capacidades nas dimensões Otimismo, Razão prática e Família. A dimensão Otimismo, inclui itens relacionados com a esperança e a autoconfiança que reproduzem o fator de recuperação de “Objetivos Pessoais e Esperança” (Corrigan et al., 2004). Esta dimensão também inclui os conceitos de autoeficácia, motivação e controle, refletindo o nível intrapessoal do *empower* psicológico. Além de sentimentos de esperança e orientação para o futuro, questões de saúde e longevidade são fundamentais para a recuperação pessoal e para o processo de aquisição de capacidades. A dimensão Razão prática reflete a consciencialização e responsabilidade na vida diária das pessoas com experiência de doença mental. Na abordagem deste tema, Naussbaum afirma que a Razão prática parece ter um papel central e que junto com a Afiliação englobam todas as outras capacidades. A dimensão Família reflete as preocupações dos utilizadores em melhorar o seu relacionamento e sentimentos de aceitação e de pertença. Essa constatação é pertinente, considerando que as pessoas com experiência de doença mental ainda sofrem de falta de apoio e discriminação dentro da família.

Todavia, esta dissertação tem dado relevância à importância da liberdade de escolha dada a cada pessoa, respeitando sempre a individualidade e escolhas pessoais. Neste sentido, observa-se isso na Tabela 7 quando a maioria dos inquiridos (73.6%) responde que foi uma escolha sua viver na situação habitacional que têm atualmente. A possibilidade dos utilizadores poderem escolher as atividades e programas que querem frequentar na associação, também é um sinal positivo de que os serviços de saúde mental comunitários estão a colocar em prática um dos principais aspetos da abordagem das capacidades, indo ao encontro da literatura que estimula a grande importância da abordagem ser aplicada no campo da saúde mental, devido à sua defesa pela liberdade de escolha, individualidade e bem-estar (Vergunst et al., 2014; Anand et al., 2009; Robeyns, 2005, Hopper, 2007).

No entanto, pode-se verificar a partir dos resultados deste estudo, que a liberdade de escolha não parece encontrar-se afetada, contudo o papel social encontra-se limitado devido à falta de oportunidades que são proporcionadas às pessoas com experiência de doença mental.

A amostra era constituída por 53 inquiridos, com uma média de idades de 42.8 anos, variando entre um mínimo de 19 e um máximo de 76 anos. A maioria era do género feminino (58.5%), solteira (90.6%), sem filhos (86.8%), com escolaridade ao nível do ensino secundário (34%) e com uma pensão de invalidez (67.9%). Cerca de um terço afirma que desejaria realizar outra atividade profissional.

Uma percentagem elevada (71.7%) indica que conhece o seu diagnóstico de saúde mental.

Os diagnósticos mais frequentes são Esquizofrenia (44.9%) e Psicose Bipolar (22.4%).

Os serviços mais utilizados pelos sujeitos eram o Centro de dia/Fórum sócio ocupacional (94%), as Consultas externas (92.5%) e (86.8%) referem tomar medicação psiquiátrica

Em termos médios os sujeitos frequentam a organização há 5 anos e 5 meses.

Uma proporção de (75.5%) indica que vive com os familiares. Sendo que a maioria (73.6%) afirma que a sua situação habitacional resulta de uma escolha própria. Uma percentagem de (40%) informa que desejaria ter outra situação habitacional.

Os programas/atividades/serviços da organização em que os sujeitos mais participam são as atividades ocupacionais (92.5%), as atividades culturais (43.4%) e o treino de competências de vida diária (34%).

Os valores de consistência interna do QC-SMC variam entre um mínimo de .565 (fraco mas aceitável) na dimensão Ativismo a um máximo de .875 (bom) na dimensão Otimismo. A categorização dos valores de Alfa segue o indicado em Hill (2005).

Indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão. Os sujeitos obtêm valores mais elevados em Afiliação (3.22) e mais baixos em Ativismo (1.52).

Questão 1- Há diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária no conjunto das dimensões?

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas conforme apresentado na Tabela 12:

Família, $Z = -2.170$, $p = .030$, os Homens obtêm valores significativamente superiores aos das Mulheres (3.25 vs 2.86). O que significa que a questão 1 se confirma, existem diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária.

Questão 2- Há diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária na dimensão Otimismo?

Com base nos dados apresentados na Tabela 13 encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas nas questões da dimensão Optimismo em função do género:

Ter oportunidades de diversão, $Z = -2.574$, $p = .010$, os Homens consideram mais que conseguiram alcançar esta capacidade do que as Mulheres (3.55 vs 3.05). O que significa que a questão 2 se confirma, existem diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária na dimensão Otimismo.

Questão 3 – Há diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária na dimensão Afiliação?

Através dos dados apresentados na Tabela 14 podemos afirmar que não encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas questões da dimensão Afiliação em função do género. O que significa que a questão 3 não se confirma, não existem diferenças de género na aquisição das Capacidades em Saúde Mental Comunitária na dimensão Afiliação.

Questão 4 – Há diferenças de género na aquisição das capacidades em saúde mental comunitária na dimensão Ativismo?

Segundo os dados apurados e apresentados na Tabela 15 não encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas questões da dimensão Ativismo em função do género. O que significa que a questão 4 não se confirma, não existem diferenças de género na aquisição das capacidades em saúde mental comunitária na dimensão Ativismo.

Questão 5 – Há diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária na dimensão Razão prática?

Com base nos dados apresentados na Tabela 16 verificamos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Ser assíduo, $Z = -2.149$, $p = .032$, as Mulheres consideram mais que conseguiram alcançar esta capacidade do que os Homens (3.82 vs 3.45). O que significa que a questão 5 se confirma, existem diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária na dimensão Razão prática. De acordo com Nussbaum (2000), o ganho desta capacidade Razão prática é uma mais-valia visto que é considerada uma das capacidades centrais mais importantes, em que a pessoa é capaz de assumir um papel social significativo e consegue criar objetivos que pretende alcançar, ao longo da sua vida, para além de que esta capacidade é encarada por Nussbaum como uma capacidade que, de alguma forma, envolve um pouco das restantes.

Questão 6 – Há diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária na dimensão Família?

Com base nos dados apresentados na tabela 17 podemos verificar as seguintes diferenças estatísticas nas respostas dadas entre Homens e Mulheres:

Melhorar o relacionamento com a minha família, $Z = -2.223$, $p = .026$, os Homens consideram mais que conseguiram alcançar esta capacidade do que as Mulheres (3.29 vs 2.73). O que significa que a questão 6 se confirma, existem diferenças de género na aquisição das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária na dimensão Família.

Questão 7 – Há diferenças de género na aquisição das capacidades em saúde mental comunitária na dimensão Auto-suficiência?

Com base nos dados apresentados na tabela 18 não encontramos diferenças estatisticamente significativas na dimensão Auto-suficiência em função do género. O que significa que a questão 7 não se confirma, não existem diferenças de género na aquisição das capacidades em saúde mental comunitária na dimensão Auto-suficiência.

Estes foram os dados apurados na elaboração deste estudo para as diferenças de género na aquisição das capacidades em saúde mental comunitária, através da análise dos resultados obtidos no conjunto das dimensões abordadas no geral e depois em particular.

Por fim, respondendo às questões de partida colocadas no início desta investigação, pode-se afirmar a existência de diferenças de género na aquisição das capacidades em saúde mental.

6. Conclusões

Uma tese de mestrado apesar de reunir o contributo de várias pessoas é um trabalho reservado pelo investigador e que nunca está concluído, pois o tempo é limitado e temos de adotar um caminho que tente solucionar as questões que nos inquietam desde o início da elaboração do mesmo, pois quando pensamos ter o trabalho finalizado, ele simplesmente nos preparou para abrir novas possibilidades de aprofundar mais o nosso estudo.

Após uma análise e discussão dos dados quantitativos que decorreram em função da natureza dos dados e das técnicas habitualmente usadas para o seu tratamento, que Sandelowski (2000) designa por combinação de técnicas de análise dos dados, segue-se a discussão final dos resultados e as conclusões, que integram as limitações do presente estudo e as sugestões para próximos estudos.

A presente investigação pretendeu conhecer se a adoção de princípios e práticas consideradas transformativas pelas organizações comunitárias de saúde mental resulta em mudanças significativas na vida das pessoas com experiência de doença mental que recorrem aos serviços, no que se refere à aquisição de capacidades, *empowerment*, *recovery* e integração na comunidade. Com a aplicação do questionário QC-SMC, foi possível avaliar o trabalho dos serviços de saúde mental comunitária, a partir da evolução das capacidades dos seus utilizadores. Foi possível também compreender de que forma a integração na comunidade, por parte das pessoas com experiência de doença mental, consegue ter um impacto significativo no desenvolvimento das suas capacidades. Verificou-se que para esta integração ser realizada de forma mais ativa é importante o apoio dos serviços de saúde mental comunitária, visto que representam uma ligação entre as pessoas com experiência de doença mental e a sua integração na comunidade. Desta forma, a abordagem das capacidades, para Shinn (2015), é fundamental tanto para a problemática de saúde mental como para a psicologia comunitária,

De forma a haver um suporte mais eficaz é necessário a elaboração de modelos que permitam a promoção de novas instituições de saúde mental comunitária, estas organizações devem

intervir a partir da implementação de métodos de *empowerment*, de estratégias individuais, organizacionais e comunitárias, e do acesso aos serviços e recursos naturais (Ornelas et al., 2010). Através deste estudo, podemos concluir que os programas dos serviços de saúde mental comunitários devem oferecer aos seus utilizadores possibilidades de participação ativa em eventos políticos, entre outras oportunidades mais amplas para que estas pessoas consigam ser líderes no processo de mudança e transformação. Isto poderá facilitar o processo de integração mais segura das pessoas com experiência de doença mental na comunidade. Desta forma, pode-se evitar a exclusão social, que representa um dos desafios da saúde mental, evitando assim o que Ornelas et al. (2014) consideram como um impedimento à integração, que é a falta de oportunidades educacionais, profissionais, afetivas e da cidadania.

Conceder oportunidade às pessoas e o direito à liberdade de escolha é algo que se pode estimular desde uma idade jovem, desde que adequada à maturidade de cada pessoa.

Devemos recorrer à mudança social, para que a pessoa com experiência de doença mental possa ser mais aceite na comunidade, conseguindo assim alcançar todos os seus objetivos, pois é possível a pessoa evoluir nas suas capacidades, se unir os seus agentes biológicos com o suporte social.

É fundamental desenvolver entendimentos para a promoção da liberdade de escolha de cada indivíduo (Shinn, 2015).

É desta forma, que este estudo revela a sua importância, contribuindo para a mudança, de modo a que se entenda que a integração na comunidade e a liberdade de escolha promovem o aumento das capacidades independentemente do género.

Para os autores, Anand, Hunter, Carter, Dowding, Guala&Hees (2009) relataram a importância da existência de uma medida capaz de avaliar as capacidades de cada pessoa, sendo este estudo um assunto deste objetivo, visto que isto é o que move o projeto de doutoramento que se encontra em desenvolvimento.

A aquisição de uma abordagem colaborativa em que os utilizadores e os profissionais de serviços de saúde mental colaboram em conjunto, permite a integração das pessoas com experiência de doença mental e a evolução dos próprios serviços. Ao destacar as capacidades e apoiar as dificuldades, estamos a potenciar a integração das pessoas com experiência de doença mental, tal como é legítima a qualquer outra pessoa. Por isso, é tão relevante o

trabalho prático de Sacchetto et al. (2015) que inclui a participação de utilizadores no processo de construção de uma escala que avalia as capacidades a partir do suporte dos serviços de saúde mental comunitária.

Especificando as capacidades alcançadas que são importantes para os utilizadores e medindo o sucesso dos programas das associações, o questionário das capacidades alcançadas em saúde mental comunitária (QC-SMC) é uma ferramenta importante para motivar e orientar os esforços para a mudança necessária na adaptação dos serviços.

Este estudo permitiu perceber se existem diferenças entre Homens e Mulheres na aquisição das Capacidades em Saúde Mental Comunitária e em que dimensões essas diferenças são confirmadas. Com base nos dados apurados podemos afirmar que existem diferenças de género na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária.

Os resultados do estudo determinaram que existem diferenças de género na aquisição das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária nas dimensões Otimismo, Razão prática e Família.

As limitações encontradas neste estudo foram as seguintes: A amostra é composta por um número relativamente reduzido (53 participantes), o que influencia a possibilidade de generalizar os dados. É de salientar a dificuldade que alguns participantes revelaram em entender o significado de certas afirmações nos questionários. Algumas pessoas tinham como diagnóstico de saúde mental, Défice Cognitivo e Debilidade Mental o que limitou a sua capacidade de compreensão e expressão nas entrevistas. Devemos ter em conta se algumas afirmações do questionário são perceptíveis para as pessoas com problemática de saúde mental, bem como se são significativas de acordo com as suas experiências de vida enquanto utilizadores, não provocando nenhum tipo de desagrado.

Outro motivo que consideramos ter condicionado as respostas dos participantes, foi o facto de a entrevista ser muito extensa com a aplicação de cinco questionários.

Referimos três sugestões para novos estudos e que são as seguintes: abranger um maior número de participantes, integrando todas as associações que intervêm na área da saúde mental comunitária em Portugal incluindo as Regiões dos Açores e da Madeira. A possibilidade de realizar um estudo de comparação de resultados desta amostra num maior intervalo de tempo analisando possíveis alterações de comportamento e por último avaliar a

perspetiva dos familiares dos participantes sobre a prestação dos serviços das associações de saúde mental comunitária.

A adaptação da lista de capacidades de Nussbaum, melhora a mudança dos modelos de intervenção orientados para os serviços ecológicos, englobando os valores da psicologia comunitária, de empowerment, inclusão, justiça social, autodeterminação e papéis sociais valorizados. Este modelo fornece uma nova estrutura de avaliação que pode inspirar os esforços da psicologia comunitária para promover a mudança transformadora na saúde mental da comunidade.

Como conclusão, referir que o ganho de capacidades, para além de ser o resultado do trabalho dos serviços de saúde mental comunitária, pode representar uma vantagem inerente à própria pessoa, sendo que em ambos os casos, a evolução das capacidades representará uma melhoria da qualidade de vida (Sacchetto et al., 2015).

A inovação está em desenvolver os meios necessários para que a autonomia e a integração ocorra da forma mais natural possível. É por esta razão que este estudo apresenta as qualidades necessárias para demonstrar que a abordagem das capacidades deve ser colocada em prática na saúde mental comunitária. As possibilidades de escolha devem representar um elo de ligação entre os profissionais, os utilizadores e a comunidade, para que a integração comunitária seja um processo efetivo e consistente para Homens e Mulheres.

7. Referências Bibliográficas

- Anand, P., Hunter, G., Carter, I., Dowding, K., Guala, F., & Hees, M. V. (2009). The Development of Capability Indicators. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(1), 125-152. doi:10.1080/14649880802675366.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-24.
- Barnett, R., & Baruch, G.K. (1985). Womens's involvement in multiple roles and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (1), 135-145.
- Bond, G., Salyers, M., Rollins, A., & Zipple, A. (2004). How Evidence-Based Practices Contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 569-588.
- Burchardt, T. (2004). Capabilities and disability: the capabilities framework and the social model of disability. *Disability & Society*, Vol. 19, No. 7. Carfax Publishing Company.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood Personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcohol ClinExp Res*, 12, 494-505.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1035–1041. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M.R., & Evans, A.C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480–487.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A Capabilities Approach to Mental Health Transformation: A Conceptual Framework for the Recovery Era. *Canadian Journal Of Community Mental Health*, 28(2), 35 – 45.
- Deegan, P. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.

- Deneulin, S., & McGregor, J. A. (2010). The capability approach and the politics of a social Conception of wellbeing. *European Journal of Social Theory*, 13(4), 501- 519. doi:10.1177/1368431010382762.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV): 127-133.
- Gandjour, A. (2008). Mutual dependency between capabilities and functionings in Amartya Sen's capability approach. *Social Choice and Welfare*, 31, 345-350. doi:10.1007/s00355-007-0283-7.
- Gove, W.R., & Tudor, J.F. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78 (4), 813-835.
- Hagnell, O. (1966). *A Prospective Study of the Incidence of Mental Disorder*. Lund: SvenskaBokforlaget.
- Helson, R., Elliot, T., & Leigh, J. (1990). Number and quality of roles. *Psychological of Women Quarterly*, 14, 83-101.
- Hill, M. (2003). *Development as Empowerment*. *Feminist Economics* 9 (2-3), 117-135. EBSCO Publishing.
- Hill, M., Hill, A., (2005). *Investigação por questionário*. Edições Sílabo, 2ª Edição, Lisboa.
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social, Science & Medicine*, 65, 868-879. doi:10.1016/j.socscimed.2007.04.012.
- Jorge Monteiro M. F. & Ornelas, J. (2015). Recovery Assessment Scale: Testing Validity With Portuguese Community-Based Mental Health Organization Users. *American Psychological Association*. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000176>.
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2016a). Recovery assessment scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users. *Psychological Assessment*, 28, e1–e11.

Kessler, R., Barker, P., Colpe, L., Epstein, J., Gfroerer, J., Hiripi, E., & Zaslavsky, A. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60, 184–189.

Kessler, R. et al. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 19 (Supplement 1): 4–22. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/mpr.310.

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

Laverack G, Wallerstein N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*. 16(2):179-85.

Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605-609.

Lehtinen, V., Veijola, J., Lindholm, T., Moring, J., Puuka, P., & Vaisanen, E. (1996). Incidence of Mental Disorders in the Finnish ULLI study. *Br. J. Psychiatry*, 168, 672-678.

Marks, S. R. (1977). Multiple roles and role strain: Some notes of human energy, time and commitment. *American Sociological Review*, 41, 921-936.

Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303-312.

Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014). Eds. *Community Psychology and Community Mental Health: Towards transformative change* (pp. 23-50). New York: Oxford University Press.

Nussbaum, M. (1992). *Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism*, 202-246. http://www.jstor.org/stable/192002?seq=15#page_scan_tab_contents.

Nussbaum, M. & Sen, A. (Eds) (1993). *The quality of life* (Oxford, Oxford University Press).

- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. New York, NY: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CB09780511841286>.
- Nussbaum, M. (2000). Women's Capabilities and Social Justice. *Journal of Human Development*, 1(2), 219-247. doi:10.1080/14649880020008749.
- Nussbaum, M. (2003). Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics*, 9(2-3), 33-59. doi: 10.1080/1354570022000077926.
- Nussbaum, M. (2009). Creating Capabilities: The Human Development Approach and Its Implementation. *Hypatia* vol. 24, no. 3.
- Nussbaum, M. (2011). Capabilities, entitlements, rights: Supplementation and critique. *Journal of Human Development and Capabilities*, 12, 23-37. <http://dx.doi.org/10.1080/19452829.2011.541731>.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- O'Connell, M.J., & Davidson, L. (2010). Recovery-oriented care and choice. *Psychiatric Services*, 61, 845. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.61.8.845>.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community Psychology and Social Change: A Story from the field of Mental Health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31. Recuperado de <http://www.gjcpp.org/>.
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, M. F. (2014). In G. Nelson, B. Kloos, & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards transformative change* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.
- Peter, P. (2003). Gender and the foundations of social choice: the role of situated agency. *Feminist Economics* 9(2 – 3), 13 – 32. EBSCO Publishing.
- Pfister, T. (2012). Citizenship and capability? Amartya Sen's capabilities approach from a citizenship perspective. *Citizenship Studies*, 16:2, 241-254. <http://dx.doi.org/10.1080/13621025.2012.667615>.

- Pinto, C. (1998). Empowerment: uma prática de serviço social, in Barata, Óscar Soares (Coord.), *Política Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, pp. 245-277.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e Saúde Mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 439-454.
- Rappaport, J. (1990). Research methods and the empowerment social agenda. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok, & L. Jason (Eds.), *Researching community psychology: Issues of theory and methods* (pp. 51-63). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10073-005>.
- Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6 (1), 93-114. doi:10.1080/146498805200034266.
- Rose, D. (2001). Users voices: *The perspectives of mental health service users on community and hospital care*. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sacchetto, B., Aguiar, R., Vargas-Moniz, M. J., Jorge-Monteiro, M. F., Neves, M. J., Cruz, M. A., Ornelas, J. (2015). The Capabilities Questionnaire for the Community Mental Health Context (CQ-CMH): A Measure Inspired by the Capabilities Approach and Constructed Through Consumer-Researcher Collaboration. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000153>.
- Sacchetto, B., Ornelas, J., Calheiros, M., Shinn, M. (2018). Adaptation of Nussbaum's Capabilities Framework to Community Mental Health: A Consumer-Based Capabilities Measure. *Am J Community Psychol* 0:1-15. DOI 10.1002/ajcp.12221.
- Sachs- Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, Social roles, and mental Health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43 (9/10), 605-628.
- Seiber, S. D. (1974). Towards a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39, 567-578.
- Sen, A. (1982). *Choice, welfare and measurement*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Sen, A. (1992). *Inequality re-examined*. Oxford: Clarendon Press.

- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York: Anchor Books.
- Shinn, M. (2014). The Capabilities Approach to Transformative Change in Mental Health. In G. Nelson, B. Kloos, & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 75-86). New York: Oxford University Press.
- Shinn, M. (2015). Community Psychology and the Capabilities Approach. *American Journal of Community Psychology*, 55, 243-252. doi: 10.1007/s10464-015-9713-3
- Simon, J., Anand, P., Gray, A., Rugkasa, J., Yeeles, K., & Burns, T. (2013). Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Social Science & Medicine*, 98, 187-196.
- Sousa, S. (2012). *Auto-Estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao E-Learning*. Porto: Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A Little Goes a Long Way: The Impact of Distal Social Support on Community Integration and Recovery of Individuals with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Community Psychology*. 52 84-96. doi:10.1007/s10464-013-9578-2.
- Vergunst, F., Jenkinson, C., Burns, T., & Simon, J. (2014). Application of Sen's Capability Approach to Outcome Measurement in Mental Health Research: Psychometric Validation of a Novel Multi-dimensional Instrument (OxCAP-MH). *Human Welfare*, 3, 1-4.
- Vigorito, A. (2010). Bibliography on the Capability Approach 2009–2010. *Journal of Human Development and Capabilities Vol. 11, No. 3*. ISSN 1945-2829 print/ISSN 1945-2837 online/10/030475-03. United Nations Development Programme. DOI: 10.1080/19452829.2010.496567.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2008). A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric Services*, 59, 27-33. <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2008.59.1.27>.

WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558.

Zimmerman, M. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43–63). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic.

Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E., & Moses, H.D. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. *Developmental Psychopathology*, 2, 677-711.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation-seeking*. New York: Cambridge University Press.

8. Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

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

SFRH/BD/92224/2013



Consentimento Informado

Convite

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

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

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

Qual é o propósito do estudo?

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

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

Qual é o interesse em participar?

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

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

Como é que vou participar?

A participação consiste no preenchimento de 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.

Anexo 2 – Consentimento de participação

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

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



Exemplar para o/a participante

Consentimento de participação

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

Nome do/a participante _____ Idade _____

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

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

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

Anexo 3 – Ficha de Caracterização individual

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

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



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

Lusa/Caucasiana

Africana

Brasileira

Países de Leste

Mista

Outra (especifique) _____

5. Estado civil

Solteiro/a

Casado/a

União de facto

Parceiro/a

Separado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

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? _____
 - Sabe 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) _____

2

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? _____

4

12. Actualmente é estudante? Sim Não
- Se respondeu não, pode-nos indicar há quanto tempo foi a sua última experiência na escola _____
- Se respondeu sim:
- Especifique por favor (que tipo de escola, que tipo de curso, em que área, com outras pessoas da comunidade em geral ou com outras pessoas com problemáticas de saúde mental) _____
 - Conseguiu esta experiência de estudo através da organização? Sim Não
 - Foi uma escolha sua realizar esta experiência de estudo? Sim Não
13. Desejaria realizar outra experiência de estudo? Sim Não
- Se respondeu sim, especifique qual, por favor _____

Formação profissional

14. Frequenta actualmente um curso de formação profissional? Sim Não
- Se respondeu sim:
- Especifique por favor (que tipo de curso, em que área, com outras pessoas da comunidade em geral ou com outras pessoas com problemáticas de saúde mental) _____

Emprego

15. Qual é a sua situação profissional?
- Empregado/a Estagiário/a
- Voluntário/a Desempregado/a
- Reformado/a de trabalho Pensão social ou RSI
- Pensão de invalidez Outro (especifique) _____
16. Se actualmente não está a desenvolver uma actividade profissional:
- Qual é há quanto tempo foi a sua última experiência de emprego? _____

3

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) _____

5

Anexo 4 – Questionário das Capacidades alcançadas em Saúde Mental Comunitária (QC-SMC)

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 reflecta 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 de _____ consegui:

	Consegui alcançar totalmente	Consegui alcançar parcialmente	Não consegui alcançar de todo	Não se aplica à minha situação
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

1

Através do suporte de _____ consegui:

	Consegui alcançar totalmente	Consegui alcançar parcialmente	Não consegui alcançar de todo	Não se aplica à minha situação
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 ... confeccionar 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

2

Anexo 5 – Questionário sobre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Instruções

Esta 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:

Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	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 das outras 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(s) 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 (F9.3) 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

WHOQOL-BREF 3

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) É 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(s)]?	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 (F18.3) 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

WHOQOL-BREF 4

Anexo 7 – Questionário sobre perspectivas de vida e tomadas de decisão (BUES-PT)

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 – Questionário sobre os sentimentos das pessoas sobre si próprias e sobre as suas vidas (RAS-PT)

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

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

SFRH/BD/92224/2013



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 Sacchetto e Rita Aguiar (2011).

Anexo 9 – Ficha de controlo do protocolo

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

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



Data: ____/____/____

Código Identificação Organização: _____

Código Identificação Participante: _____

Nome Entrevistador/a: _____

Nota

Controlar os missings no protocolo.

Forma de preenchimento

Auto-preenchimento Auxílio Entrevistador

WHOQOL-BREF

Freguesia _____ Concelho _____ Distrito _____

Está actualmente doente (fisicamente)?

Não Sim Qual doença _____ Há quanto tempo? _____

Regime de tratamento Internamento Consulta externa Sem tratamento

Observações

Anexo 10 – As Escalas de resposta dos 5 Questionários aplicados

QCA-SMC

Alcancei Totalmente	Alcancei Parcialmente	Não Alcancei Muito	Não Alcancei de Todo
4	3	2	1

WHOQOL-BREF

1 (G1)

Nada	Não	Nem Pouco	Muito	Muito
1	2	3	4	5

2 (G2)

Nada	Nem Pouco	Nem Muito	Muito	Muito
1	2	3	4	5

3-4

Nada	Nem Pouco	Nem Muito	Muito	Muito
1	2	3	4	5

10-14

Nada	Nem Pouco	Nem Muito	Muito	Muito
1	2	3	4	5

15 (P3)

Nada	Nem Pouco	Nem Muito	Muito	Muito
1	2	3	4	5

16-25

Nada	Nem Pouco	Nem Muito	Muito	Muito
1	2	3	4	5

26 (P4)

Nada	Nem Pouco	Nem Muito	Muito	Muito
1	2	3	4	5

K6*

O Tempo Todo	A Maior Parte do Tempo	Parte do Tempo	Um Pouco	Nunca
1	2	3	4	5

BUS - PT

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
4	3	2	1

RAS - PT

Discordo Totalmente	Discordo	Nem Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Anexo 11 - Outputs do SPSS

```

GBT
FABD_RUMICE.sav.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
NPAR TESTS
  /M=0 QCA1_Sociável QCA2_Esperança futuro QCA3_Respeitada comunidade
    QCA4_Conhecimentos_alimentação saudável QCA5_Tarefas casa QCA6_Eventos_
    familiares
    QCA7_Eventos_saúde_mental QCA8_Integrado comunidade QCA9_Confiança_vive
    r
    QCA10_Oportunidades_voluntariado QCA11_Controle_atividades_diárias QCA
    12_Sociabilidade_organização
    QCA13_Vontade_espacos_publicos QCA14_valorizar_potencialidades QCA15_Ge
    rir_dinheiro
    QCA16_Pertencença_comunidade QCA17_Autonomia_serviços QCA18_Alegre QCA19_A
    utonomia_medicação
    QCA20_Representar_organização QCA21_Autonomia_financeira QCA22_Aceite_f
    amília
    QCA23_Cuidar_condição_física QCA24_Participação_ajuda_mútua
    QCA25_Apresentar_comunicação_ eventos_SQCA26_Desfrutar_ambiente QCA27
    _Independente_família
    QCA28_Poder_decisão_vida QCA29_Novos_relacionamentos_sociais QCA30_Opti
    mista QCA31_Ocupar_menke
    QCA32_Interagir_comunidade QCA33_Assertivo QCA34_Habitação_independente
    QCA35_Ganhar_alegria
    QCA36_Oportunidades_diversão QCA37_Defesa_direitos QCA38_Sentido_respon
    sabilidade
    QCA39_Confeccionar_refeições QCA40_Autoconfiança QCA41_Emocionalmente_e
    quilibrado
    QCA42_Melhorar_relacionamento_família QCA43_Membro_corpo_organização
    CA44_Assiduo
    QCA45_Consciência_condição_física QCA46_Relaxação QCA47_Esperança_viver_
    ben QCA48_Auto_estima BY
    Sexo(0 1)
  /MISSING ANALYSIS.
  
```

NPar Tests
Mann-Whitney Test

Ranks				
	Gênero	N	Mean Rank	Sum of Ranks
... gerir o meu dinheiro.	Homem	31	26,65	826,00
	Mulher	22	27,50	605,00
	Total	53		
... ter sentimentos de pertença à comunidade.	Homem	31	28,84	894,00
	Mulher	22	24,41	537,00
	Total	53		
... ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental.	Homem	31	27,02	837,50
	Mulher	22	26,98	593,50
	Total	53		
... estar alegre.	Homem	31	26,13	810,00
	Mulher	22	28,23	621,00
	Total	53		
... ser autónomo na gestão da minha medicação.	Homem	31	29,52	791,00
	Mulher	21	27,56	567,00
	Total	52		
... representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental.	Homem	31	26,90	834,00
	Mulher	22	27,14	597,00
	Total	53		
... tomar-me autónoma a nível financeiro.	Homem	31	25,86	801,50
	Mulher	22	28,81	629,50
	Total	53		
... sentir-me aceite pela minha família.	Homem	31	28,34	878,50
	Mulher	22	25,11	562,50
	Total	53		
... cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina).	Homem	31	27,03	838,00
	Mulher	22	26,95	593,00
	Total	53		
... participar num grupo de ajuda mútua de pares (i.e. com outras pessoas com experiência de doença mental, sem profissionais).	Homem	31	28,10	871,00
	Mulher	22	25,45	560,00
	Total	53		
... apresentar comunicações em eventos públicos na área de saúde mental (ex. conferências).	Homem	31	27,24	844,50
	Mulher	22	26,56	585,00
	Total	53		
... desfrutar do ambiente natural.	Homem	31	25,29	784,00
	Mulher	22	28,41	647,00
	Total	53		

Ranks				
	Gênero	N	Mean Rank	Sum of Ranks
... ser sociável.	Homem	31	26,89	865,50
	Mulher	22	24,34	535,50
	Total	53		
... ter esperança para o meu futuro.	Homem	31	27,82	865,50
	Mulher	22	25,70	555,50
	Total	53		
... sentir-me respeitado/pelos membros da comunidade.	Homem	31	26,34	816,50
	Mulher	22	27,93	614,50
	Total	53		
... ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.	Homem	31	25,03	778,00
	Mulher	22	29,77	656,00
	Total	53		
... organizar-me nas tarefas de casa.	Homem	31	27,63	855,50
	Mulher	22	26,11	574,50
	Total	53		
... participar nos eventos familiares.	Homem	31	28,26	878,00
	Mulher	22	25,23	555,00
	Total	53		
... assistir a eventos públicos na área de saúde mental.	Homem	31	27,10	840,00
	Mulher	22	26,86	591,00
	Total	53		
... sentir-me integrado na comunidade.	Homem	31	26,71	826,00
	Mulher	22	27,41	603,00
	Total	53		
... ter confiança em viver uma vida longa.	Homem	31	28,40	818,50
	Mulher	22	27,84	612,50
	Total	53		
... ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	Homem	31	28,48	883,00
	Mulher	22	24,91	548,00
	Total	53		
... ter controlo sobre as actividades do dia-a-dia.	Homem	31	26,31	815,50
	Mulher	22	27,98	615,50
	Total	53		
... ser sociável da organização.	Homem	31	26,55	855,00
	Mulher	22	24,82	546,00
	Total	53		
... estar à vontade em espaços públicos.	Homem	31	27,60	856,50
	Mulher	22	26,16	576,50
	Total	53		
... valorizar as minhas potencialidades.	Homem	31	27,58	855,00
	Mulher	22	26,18	576,00
	Total	53		

Ranks				
	Gênero	N	Mean Rank	Sum of Ranks
... tomar-me independente da minha família.	Homem	31	24,36	756,00
	Mulher	22	30,68	675,00
	Total	53		
... ter poder de decisão sobre a minha vida.	Homem	31	28,87	896,00
	Mulher	22	24,36	536,00
	Total	53		
... ter novos relacionamentos sociais.	Homem	31	26,37	817,50
	Mulher	22	27,89	613,50
	Total	53		
... ser optimista.	Homem	31	27,58	855,00
	Mulher	22	26,18	576,00
	Total	53		
... ocupar a mente com coisas úteis para a vida.	Homem	31	26,06	807,50
	Mulher	22	28,34	623,50
	Total	53		
... interagir com os membros da comunidade.	Homem	31	28,40	818,50
	Mulher	22	27,84	612,50
	Total	53		
... ser assertiva/a.	Homem	31	26,37	817,50
	Mulher	22	27,89	613,50
	Total	53		
... aceder a uma habitação independente.	Homem	31	27,90	866,00
	Mulher	22	25,73	566,00
	Total	53		
... ganhar alegria de viver.	Homem	31	29,32	909,00
	Mulher	22	23,73	522,00
	Total	53		
... ter oportunidades de diversão.	Homem	31	31,10	967,00
	Mulher	22	21,09	464,00
	Total	53		
... participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	Homem	31	27,19	843,00
	Mulher	22	26,73	588,00
	Total	53		
... ter sentido de responsabilidade.	Homem	31	25,65	792,00
	Mulher	22	29,05	639,00
	Total	53		
... confeccionar as minhas refeições.	Homem	31	25,52	791,00
	Mulher	22	29,09	646,00
	Total	53		
... ter autoconfiança.	Homem	31	26,96	836,50
	Mulher	22	27,02	594,50
	Total	53		

Ranks				
	Género	N	Mean Rank	Sum of Ranks
... sentir-me emocionalmente equilibrado/a.	Homem	31	28,53	887,50
	Mulher	22	24,70	543,50
	Total	53		
... melhorar o relacionamento com a minha família.	Homem	31	32,73	962,50
	Mulher	22	21,75	478,50
	Total	53		
... ser membro dos corpos sociais da organização.	Homem	31	26,52	822,00
	Mulher	22	27,68	609,00
	Total	53		
... ser assíduo/a.	Homem	31	23,90	741,00
	Mulher	22	31,36	690,00
	Total	53		
... ter consciência da minha condição física.	Homem	31	25,79	799,50
	Mulher	22	28,70	631,50
	Total	53		
... estar retornado/a.	Homem	31	28,58	823,50
	Mulher	22	27,61	607,50
	Total	53		
... ter esperança de viver bem.	Homem	31	25,39	787,00
	Mulher	22	29,27	644,00
	Total	53		
... ter auto-estima.	Homem	31	27,24	844,50
	Mulher	22	28,88	586,50
	Total	53		

Test Statistics^a

	... ter esperança para o meu futuro.	... sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade.	... sentir-me responsável pela saúde dos meus conhecimentos acerca da alimentação saudável.	... ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.
Mann-Whitney U	282,500	312,500	320,500	280,000
Wilcoxon W	535,500	585,500	616,500	776,000
Z	-1,207	-,547	-,428	-,1311
Asymp. Sig. (2-tailed)	,227	,584	,670	,160

Test Statistics^a

	... estar afegre	... ser autónomo/a na gestão da minha medicação.	... representar a organização ou os pais no sistema de saúde mental.
Mann-Whitney U	340,500	314,000	295,000
Wilcoxon W	593,500	610,000	791,000
Z	-,010	-,617	-,618
Asymp. Sig. (2-tailed)	,992	,505	,537

Test Statistics^a

	... tomar-me autónomo/a a nível financeiro.	... sentir-me acolto pela minha família.	... participar regularmente em consultas médicas (ex. exames de rotina).	... participar num grupo de ajuda mútua de pais (i.e. com outras pessoas com experiência de doença mental, sem profissionais).
Mann-Whitney U	305,500	299,500	340,000	307,000
Wilcoxon W	601,500	592,500	593,000	590,000
Z	-,720	-,814	-,020	-,788
Asymp. Sig. (2-tailed)	,471	,418	,984	,449

Test Statistics^a

	... desfrutar do ambiente natural.	... tomar-me independente da minha família.	... ter poder de decisão sobre a minha vida.
Mann-Whitney U	333,500	288,000	280,000
Wilcoxon W	588,500	784,000	756,000
Z	-,218	-,1036	-,1532
Asymp. Sig. (2-tailed)	,828	,300	,126

Page 5

Page 7

	... organizar-me nas tarefas de casa.	... participar nos eventos familiares.	... assistir a eventos públicos na área da saúde mental.	... sentir-me integrado na comunidade.
Mann-Whitney U	321,500	302,000	338,000	332,000
Wilcoxon W	574,500	555,000	591,000	628,000
Z	-,365	-,752	-,058	-,172
Asymp. Sig. (2-tailed)	,715	,452	,853	,884

Test Statistics^a

	... ter confiança em viver uma vida longa.	... ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	... ter controlo sobre as actividades do dia-a-dia.	... ser sócio/a da organização.
Mann-Whitney U	322,500	295,000	319,500	293,000
Wilcoxon W	618,500	548,000	615,500	548,000
Z	-,353	-,915	-,414	-,1473
Asymp. Sig. (2-tailed)	,724	,360	,679	,141

Test Statistics^a

	... estar à vontade em espaços públicos.	... valorizar as minhas potencialidades.	... gerir o meu dinheiro.	... ter sentimentos de pertença à comunidade.
Mann-Whitney U	322,500	323,000	330,000	284,000
Wilcoxon W	575,500	576,000	626,000	537,000
Z	-,373	-,354	-,206	-,1103
Asymp. Sig. (2-tailed)	,709	,723	,837	,270

Test Statistics^a

Page 6

	... ter novos relacionamentos sociais.	... ser otimista.	... ocupar a mente com coisas boas para a vida.	... interagir com os membros da comunidade.
Mann-Whitney U	321,500	323,000	311,500	322,500
Wilcoxon W	617,500	576,000	607,500	618,500
Z	-,382	-,349	-,573	-,380
Asymp. Sig. (2-tailed)	,702	,727	,567	,719

Test Statistics^a

	... ser assertivo/a.	... aceder a uma habitação independente.	... ganhar alegria de viver.	... ter oportunidades de viver.
Mann-Whitney U	321,500	313,000	269,000	211,000
Wilcoxon W	617,500	566,000	522,000	484,000
Z	-,371	-,653	-,1428	-,2574
Asymp. Sig. (2-tailed)	,710	,514	,153	,010

Test Statistics^a

	... participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	... ter sentido de responsabilidade.	... confeccionar as minhas relações.	... ter autoconfiança.
Mann-Whitney U	335,000	296,000	295,000	340,000
Wilcoxon W	585,000	792,000	791,000	635,500
Z	-,137	-,869	-,892	-,010
Asymp. Sig. (2-tailed)	,881	,385	,372	,992

Test Statistics^a

Page 8

Test Statistics^a

	... sentir-me emocionalmente equilibrado(a)	... melhorar o relacionamento com a minha família	... ser membro dos corpos sociais da organização	... ser assíduo(a)
Mann-Whitney U	290,500	225,500	326,000	245,000
Wilcoxon W	543,500	478,500	822,000	741,000
Z	-1,022	-2,223	-.492	-2,149
Asymp. Sig. (2-tailed)	.316	.028	.623	.032

Test Statistics^a

	... ter consciência da minha condição física	... estar relaxado(a)	... ter esperança de viver bem	... ter auto-estima
Mann-Whitney U	303,500	327,500	291,000	333,500
Wilcoxon W	799,500	823,500	787,000	886,500
Z	-.852	-.258	-.997	-.148
Asymp. Sig. (2-tailed)	.398	.798	.319	.884

a. Grouping Variable: Género

* Custom Tables.

```

CTABLES
/VARIABLES=VARIABLES=QCA1_Sociável QCA2_Esperanca_futuro QCA3_Respeitado_co
munidade
QCA4_Conhecimentos_alimentação_saudável QCA5_Tarefas_casa QCA6_Eventos_
familiares
QCA7_Eventos_saude_mental QCA8_Integrado_comunidade QCA9_Confiança_vive
r
QCA10_Oportunidades_voluntariado QCA11_Controlo_actividades_diarias QCA
12_Sociis_organização
QCA13_Vontade_espaços_públicos QCA14_Valorizar_potencialidades QCA15_Ge
rir_dinheiro

```

Page 9

```

F40.2, STDEEV F40.2] + QCA23_Cuidar_condição_fisica [MEAN F40.2, STDEEV
F40.2] +
QCA24_Participação_ajuda_mútua [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA25_Apresentar_comunicações_eventos_S [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + Q
CA26_Desfrutar_ambiente
[MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA27_Independente_família [MEAN F40.2, ST
DDEV F40.2] +
QCA28_Poder_decisão_vida [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA29_Novos_relac
ionamentos_sociais [MEAN
F40.2, STDEEV F40.2] + QCA30_Otimista [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA
31_Ocupar_mente [MEAN F40.2,
STDEEV F40.2] + QCA32_Interagir_comunidade [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA33_Assertivo [MEAN
F40.2, STDEEV F40.2] + QCA34_Habitação_independente [MEAN F40.2, STDEEV
F40.2] +
QCA35_Ganhar_alegria [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA36_Oportunidades_d
iversão [MEAN F40.2, STDEEV
F40.2] + QCA37_Defesa_direitos [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA38_Senti
do_responsabilidade [MEAN
F40.2, STDEEV F40.2] + QCA39_Confeccionar_refeições [MEAN F40.2, STDEEV
F40.2] +
QCA40_Autoconfiança [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA41_Emocionalmente_e
quilibrado [MEAN F40.2,
STDEEV F40.2] + QCA42_Melhorar_relacionamento_família [MEAN F40.2, STDD
EV F40.2] +
QCA43_Membro_corpos_organização [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA44_Assi
duo [MEAN F40.2, STDEEV
F40.2] + QCA45_Consciência_condição_fisica [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA46_Relaxado [MEAN F40.2,
STDEEV F40.2] + QCA47_Esperança_viver_bem [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA48_Auto_estima [MEAN
F40.2, STDEEV F40.2] BY Sexo
/CATEGORIES=VARIABLES=Sexo ORDER=A KEY=VALUE EMPT=INCLUDE
/CRITERIA=CILEVEL=95.

```

Custom Tables

Page 11

```

QCA16_Pertença_comunidade QCA17_Autonomia_serviços QCA18_Alegre QCA19_A
utónomo_medicação
QCA20_Representar_organização QCA21_Autonomia_financeira QCA22_Aceite_f
amília
QCA23_Cuidar_condição_fisica QCA24_Participação_ajuda_mútua
QCA25_Apresentar_comunicações_eventos_S [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA26_Desfrutar_ambiente [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA27_Independente_família [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA28_Poder_decisão_vida [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA29_Novos_relac
ionamentos_sociais [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA30_Otimista [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA31_Ocupar_mente [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA32_Interagir_comunidade [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA33_Assertivo [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA34_Habitação_independente [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA35_Ganhar_alegria [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA36_Oportunidades_diversão [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA37_Defesa_direitos [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA38_Sentido_responsabilidade [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA39_Confeccionar_refeições [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA40_Autoconfiança [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA41_Emocionalmente_e equilibrado [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA42_Melhorar_relacionamento_família [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA43_Membro_corpos_organização [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA44_Assíduo [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA45_Consciência_condição_fisica [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA46_Relaxado [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA47_Esperança_viver_bem [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA48_Auto_estima [MEAN F40.2, STDEEV F40.2]
DISP=LA-LABEL
/TABLE=QCA1_Sociável [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA2_Esperanca_futuro [
MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + QCA3_Respeitado_co
munidade [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA4_Conhecimentos_alimentação_saudável [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + Q
CA5_Tarefas_casa [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA6_Eventos_familiares [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] + Q
CA7_Eventos_saude_mental [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA8_Integrado_comunidade [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA9_Confiança_viver [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA10_Oportunidades_voluntariado [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA11_Controlo_actividades_diarias [MEAN F40.2, STDEEV
F40.2] +
QCA12_Sociis_organização [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA13_Vontade_espaços_públicos [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA14_Valorizar_potencialidades [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA15_Gerir_dinheiro [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA16_Pertença_comunidade [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA17_Autonomia_serviços [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA18_Alegre [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA19_Autónomo_medicação [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA20_Representar_organização [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA21_Autonomia_financeira [MEAN F40.2, STDEEV F40.2] +
QCA22_Aceite_família [MEAN

```

Page 10

	Género			
	Homem		Mulher	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
... ser social.	3,58	,62	3,41	,56
... ter esperança para o meu futuro.	3,13	,85	3,00	,87
... sentir-me respeitado/a pelos membros da comunidade.	3,46	,88	3,50	,80
... ter conhecimentos acerca da alimentação saudável.	3,32	,94	3,59	,85
... organizar-me nas tarefas de casa.	2,74	1,12	2,54	1,09
... participar nos eventos familiares.	3,13	1,02	2,86	1,17
... assistir a eventos públicos na área de saúde mental.	1,97	1,22	1,82	,91
... sentir-me integrado na comunidade.	3,00	1,08	3,14	,71
... ter confiança em viver uma vida longa.	2,90	1,19	3,00	,97
... ter oportunidades de realizar actividades de voluntariado.	2,03	1,14	1,77	1,15
... ter controlo sobre as actividades do dia-a-dia.	3,08	,93	3,18	,85
... ser assíduo da organização.	1,32	,75	1,14	,64
... estar à vontade em espaços públicos.	3,35	,71	3,27	,77
... valorizar as minhas potencialidades.	3,23	,76	3,14	,83
... gerir o meu dinheiro.	2,32	1,11	2,41	1,26
... ter sentimentos de pertença e comunidade.	3,16	1,10	3,00	,93
... ter autonomia em relação aos serviços de saúde mental.	2,61	1,31	2,64	1,26
... estar alegre.	2,94	1,00	3,05	1,05
... ser autónomo/a na gestão da minha medicação.	2,81	1,25	2,90	1,45
... representar a organização ou os pares no sistema de saúde mental.	1,42	,89	1,45	,88
... tomar-me autónomo/a a nível financeiro.	1,68	,98	1,95	1,25

Page 12

	Género			
	Homem		Mulher	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
... sentir-me aceite pela minha família.	3,32	,87	3,00	1,15
... cuidar da minha condição física (ex. consultas médicas regulares, exames de rotina).	3,35	,91	3,32	,99
... participar num grupo de ajuda mútua de pares (i.e. com outras pessoas com experiências de doença mental, semi-profissionais).	1,74	1,12	1,59	1,14
... apresentar comunicações em eventos públicos na área da saúde mental (ex. conferências).	1,25	,68	1,23	,61
... desfrutar do ambiente natural.	3,10	,98	3,36	,90
... tomar-me independente da minha família.	2,23	1,18	2,73	1,24
... ter poder de decisão sobre a minha vida.	2,90	1,08	2,59	1,10
... ter novos relacionamentos sociais.	3,16	,97	3,23	1,02
... ser optimista.	3,16	,90	3,05	1,00
... ocupar a mente com coisas úteis para a vida.	3,05	1,00	3,27	,77
... interagir com os membros da comunidade.	3,10	,87	3,18	,85
... ser assertiva.	2,97	1,02	3,09	,92
... aceder a uma habitação independente.	1,65	1,11	1,41	,95
... ganhar alegria de viver.	3,35	,98	3,23	,61
... ter oportunidades de diversão.	3,55	,62	3,05	,72
... participar na defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.	1,58	,99	1,55	1,01
... ter sentido de responsabilidade.	3,05	,93	3,27	,88
... confeccionar as minhas refeições.	1,94	1,12	2,27	1,32
... ter autoconfiança.	2,87	1,11	3,05	,90

Page 13

	Género			
	Homem		Mulher	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
... sentir-me emocionalmente equilibrado/a.	3,16	,93	3,00	,82
... melhorar o relacionamento com a minha família.	3,29	,97	2,73	1,03
... ser membro dos corpos sociais da organização.	1,16	,58	1,27	,70
... ser assíduo/a.	3,45	,72	3,82	,50
... ter consciência da minha condição física.	3,61	,62	3,77	,43
... estar relaxado/a.	3,00	,88	3,00	1,02
... ter esperança de viver bem.	3,16	1,04	3,55	,51
... ter auto-estima.	3,08	1,09	3,05	1,09

Page 14

Anexo 12 – Associações participantes no estudo:

Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL)

Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS)

Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA)

Grupo de Acção Comunitária (GAC)

Associação de Saúde Mental do Algarve é uma instituição particular de utilidade social (I.P.U.S.), sem fins lucrativos, de utilidade pública, fundada em 1991 e que tem como objectivo principal promover o apoio e a integração social de pessoas com problemas de saúde mental.

É avaliada pelo DGEOT como entidade beneficiária.

o Centro de Recursos especializado para:

- Saúde Mental no Trabalho;
- Promover a Saúde Mental na Comunidade.

Missão

Prestar serviços de elevada qualidade e profissionalismo, na promoção da Saúde Mental, através de educação, formação, apoio e integração social (individual e em grupo) de pessoas com problemas de saúde mental, através de educação, formação, apoio e integração social (individual e em grupo) de pessoas com problemas de saúde mental.

Áreas de Intervenção

- Territórios Nacionais;
- Península Arábica;
- Pessoas com problemas de saúde mental (intervenção prioritária);
- Pessoas com deficiência ou incapacidade;
- População desfavorecida no em risco;
- População em geral.

A ASMAL tem um funcionamento vários valências, entre elas:

- Centro de Reabilitação Profissional;
- Fórum Sócio-Ocupacional de Faro;
- Unidade de Via Ajuda; (La Residência);
- Gabinete de Apoio às Famílias e Acompanhamento Pós-Colocação;
- Gabinete de Apoio à Colocação e Acompanhamento Pós-Colocação;
- Gabinete de Avaliação e Encaminhamento;
- Gabinete de Educação e Formação de Adultos;
- Centro Qualifica;
- Gabinete de Integração Profissional (GIP).

CONTACTOS:

Fórum Sócio-Ocupacional de Faro
 CEFPA - Centro de Educação, Formação e Integração Profissional do Algarve, da Associação de Saúde Mental do Algarve
 Centro de Reabilitação Profissional
 Laboratório Industrial de Loulé, Lote B
 8100-271 Loulé

www.asmalg.org.pt
 t: 289 417 997 / 289 807 906
 f: 289 417 995

Fórum Sócio-Ocupacional de Alameda
 Unidade de Via Ajuda
 Casa da Vida, Vila Riverside
 Estrada da Lameira 65, 4ººº
 8150-171 Alameda
 t: 289 398 362
 f: 289 398 362
 www.asmalg.org.pt

Fórum Sócio-Ocupacional de Alameda
 Rua José Paulo de Almeida, Estr. Pista 4A
 8100-092 Faro
 t: 289 417 995
 f: 289 417 995
 www.asmalg.org.pt



Gabinete de Avaliação e Encaminhamento
 É responsável pela avaliação, seleção e encaminhamento das candidaturas.

Centro de Reabilitação Profissional
 Visa a reabilitação socio-profissional e a integração no mercado de trabalho de pessoas com problemas de saúde mental, através de educação, formação, apoio e integração social (individual e em grupo) de pessoas com problemas de saúde mental.

- Avaliação Administrativa;
- Operadora de Atendimento;
- Operadora de Atendimento;
- Pastelaria - Pastelaria;
- Cozinha;

Todos os cursos possibilitam a opção de certificação: escolar (3º ano) e profissional (nível 2).

Unidade de Via Ajuda
 Visa integrar um ambiente acolhedor e familiar com um tratamento especializado e garantir de qualidade nos serviços de habitação, para cidadãos com problemas de saúde mental, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida bem como uma integração no comunidade e pessoas com problemas de saúde mental, sem restrição familiar de apoio.

Gabinete de Apoio à Colocação e Acompanhamento Pós-Colocação
 É responsável por promover a colocação de pessoas com deficiência ou incapacidade em empresas ou outros serviços públicos ou privados do região. É ainda da sua responsabilidade o acompanhamento e avaliação regular após a integração no meio normal do trabalho, com vista à manutenção do emprego.

Gabinete de Apoio às Famílias
 Visa prestar apoio técnico especializado e famílias de pessoas com problemas de saúde mental através de reuniões periódicas informativas.

- Dinamização de grupos de apoio mútuo;
- Apoio a encaminhamento individual;
- Programa de formação em saúde mental.

Fórum Sócio-Ocupacional de Faro e Alameda
 Através do desenvolvimento de múltiplas atividades, uma Equipa Multidisciplinar promove a valorização pessoal e a integração social de pessoas com problemas de saúde mental, através de educação, formação, apoio e integração social (individual e em grupo) de pessoas com problemas de saúde mental.

As atividades são de natureza muito variada, entre elas:

- Treino de aptidões sociais e desenvolvimento pessoal e social;
- Grupos de ajuda mútua;
- Atividades de vida diária;
- Atividades de divulgação científico-cultural;
- Atividades lúdico-recreativas;
- Atividades desportivas (canicagem/tenis/natação/educação física);
- Treinamento, apoio pedagógico;
- Artes e artesanato;
- Oficina de teatro;
- Informática e multimédia;
- Educação ambiental;
- Matemática para a vida e de linguagem e comunicação.

Gabinete de Educação e Formação de Adultos (FEA) Promovido
 Cursos de Educação e Formação de Adultos (FEA), visando uma dupla certificação, escolar e profissional e Formações Modulares Certificadas.

Centro Qualifica
 Pretende assegurar a colocação de pessoas com deficiência ou incapacidade em empresas ou outros serviços públicos ou privados do região. É ainda da sua responsabilidade o acompanhamento e avaliação regular após a integração no meio normal do trabalho, com vista à manutenção do emprego.

Atividades de reabilitação

Através do desenvolvimento de múltiplas atividades, uma Equipa Multidisciplinar procura promover a valorização pessoal e a integração social de pessoas com doença mental que, temporária ou permanentemente, não podem ser inseridas no mercado de trabalho.

As atividades são de natureza muito variada, entre elas:

- treino de aptidões sociais e desenvolvimento pessoal e social;
- grupos de ajuda mútua;
- atividades de vida diária;
- atividades de divulgação científico-cultural;
- atividades lúdico-recreativas;
- atividades desportivas (canicagem/tenis/natação/educação física);
- treinamento, apoio pedagógico;
- artes e artesanato;
- oficina de teatro;
- informática e multimédia;
- educação ambiental;
- matemática para a vida e de linguagem e comunicação.

Gabinete de Apoio às Famílias

Visa prestar apoio técnico especializado a famílias de pessoas com doença mental, normalmente através de:

- reuniões periódicas informativas;
- grupos de ajuda mútua;
- apoio a encaminhamento individual;
- programa de formação em saúde mental.

Associação de Saúde Mental do Algarve

Fórum Sócio-Ocupacional

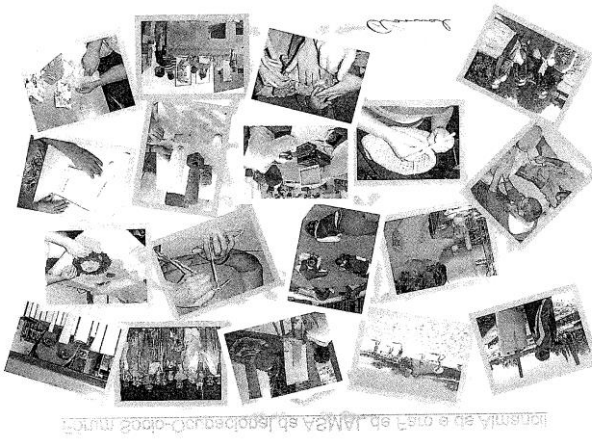
valorização pessoal e integração social

CONTACTOS:

ASMAL
 Fórum Sócio-Ocupacional de Faro
 Rua José Paulo de Almeida
 Estrada Pista 4A - 8100-092 Faro
 e-mail: fofo@asmalg.org.pt
 fofo@asmalg.org.pt

289 417 995 / 289 807 906
 289 417 995

Fórum Sócio-Ocupacional de Alameda
 Rua José Paulo de Almeida, Estr. Pista 4A
 8100-092 Faro
 t: 289 417 995
 f: 289 417 995
 www.asmalg.org.pt



Fórum Sócio – Ocupacional de FARO

Horário de Atividades

26 a 30 de Março 2018

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:30	Grupo de Ajuda Mútua (Dr.ª Elizabeth)	Vamos falar de: "Pintura criativa de ovos da Páscoa" CIIP Cacela- (Prof.ª Telma) / Arte Aplicada (Monitora Suzy) / Cabelleiro - Escola Europeia de Estética (Estagiárias Ed. Social)	Atelier de Escrita Criativa (Prof.ª Telma) / Natação/Ginásio (Prof.ª Marco)	Tapeçaria (Monitora Vinita) / Matemática para a Vida A (Prof.ª Telma)	Feriado (sexta-feira Santa)
11:00					
Intervalo					
11:30	Arte Aplicada (Monitora Suzy) / TAS Sênior- (Prof.ª Telma)	Vamos falar de: "Pintura criativa de ovos da Páscoa" CIIP Cacela- (Prof.ª Telma) / Tapeçaria (Monitora Vinita) / Cabelleiro - Escola Europeia de Estética (Estagiárias Ed. Social)	Natação/Ginásio (Prof.ª Marco) / Aula de Karaté (Prof.ª César)	Atividade Lúdica Projeção na Tela do Ensaio Aberto "E agora?" pelo grupo de Teatro do Sotão da ASMAL (Dr.ª Nídia)	Feriado (sexta-feira Santa)
12:30			<i>aula cancelada</i>		
Intervalo para o Almoço					
14:00	Atelier de Pintura e Desenho (Monitora Suzy) / Atividade Lúdica (Dr.ª Nídia)	Vamos falar de: Regresso (Prof.ª Telma) / Linguagem Comunicação (Dr.ª Nídia)	Cinema (Dr.ª Nídia) / Biblioteca (Prof.ª Telma)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco) / Arte Aplicada (Monitora Suzy) / Oficina do Teatro (Dr.ª Nídia)	Feriado (sexta-feira Santa)
15:30					
Intervalo					
16:00	Treino de Estimulação Cognitiva (Dr.ª Ana Isabel) / <i>Aula de Prox. Susy</i>	Tapeçaria (Monitora Vinita) / Atelier de Pintura Anti-Stress (Monitora Suzy)	Cinema (Dr.ª Nídia) / Biblioteca (Prof.ª Telma)	Atelier de Reciclagem "reabilitação do móvel" (Monitoras Vinita e Susy) / Matemática para a Vida B (Prof.ª Telma)	Feriado (sexta-feira Santa)
17:00					

Legenda: S/P- sala polivalente; 0- exterior; A- piscinas municipais; B- gabinete de bairro; C-biblioteca municipal de Faro; D- Centro de ténis da Quinta do Eucalipto; E- Sala de Cinema do Ria Shopping; F- jardim Alameda ou circuito de manutenção do liceu ou caminhada pela cidade; P- praia de Faro; CCV- centro de ciência viva

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:30	Desenvolvimento pessoal e social (Estagiária Psicologia)	Vamos falar de: "Sevilha"-Exposição Van Gogh Visita pela cidade" (Equipa Técnica)	Atelier de Escrita Criativa (Prof.ª Telma)	Workshop de sensibilização às Danças orientais/Comunidade (Prof.ª Telma)	Workshop de sensibilização às Danças orientais/Comunidade (Prof.ª Telma)
11:00			Notação/Ginásio (Prof.ª Marco)	Teapeqaria e Bordados e croché (Monitora Vinita)	Arte Aplicada (Monitora Susy)
Intervalo					
11:30	Atividade Lúdica (Dr.ª Nilda)	Vamos falar de: "Sevilha"-Exposição Van Gogh Visita pela cidade" (Equipa Técnica)	Notação/Ginásio (Prof.ª Marco)	Educação p/ a Cidadania - Liga Portuguesa contra o Cancro- (Alunas Ed. Social e Dr.ª Cláudia)	Grupo de Ajuda Mútua (Dr.ª Elizabeth)
12:30	TAS Sénior- (Dr.ª Elizabeth)		Relaxamento (Dr.ª Elizabeth)		
Intervalo para o Almoço					
14:00	Atelier de Pintura e Desenho (Monitora Susy)	Vamos falar de: "Sevilha"-Exposição Van Gogh Visita pela cidade" (Equipa Técnica)	Cinema (Dr.ª Nilda)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)
15:30	Teapeqaria (Monitora Vinita)		Biblioteca (Prof.ª Telma)	Análise de reciclagem - Projecto Lenas (Monitora Susy)	Oficina de Expressões (Prof.ª Telma)
Intervalo					
16:00	Treino de Estimulação Cognitiva (Estagiária Psicologia)	Vamos falar de: "Sevilha"-Exposição Van Gogh Visita pela cidade" (Equipa Técnica)	Cinema (Dr.ª Nilda)	Atelier de reciclagem - Projecto Lenas (Monitora Susy)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)
17:00			Biblioteca (Prof.ª Telma)	Mate-matiquês para 3.ª e 4.ª (Prof.ª Telma)	Atelier Reciclagem Restaura móvel (Monitora Susy e Monitora Vinita)

Legenda: SP- sala polivalente; O- exterior; A- piscinas municipais; B- gabinete de balneio; C- biblioteca municipal de Faro; D- Centro de téis da Quinta do Bacalho; E- Sala de Cinema do Ria Shopping; F- Jardim Alameda ou circuito de manutenção do liceu ou cantinhado pela cidade; P- praia de Faro CCV- centro de ciência viva

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:30	Desenvolvimento pessoal e social (Estagiária Psicologia)	Visita à ETA- Alcantarilha (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	Atelier de Escrita Criativa (Prof.ª Marco)	Educação para Cidadania "Cemitério da Entregada das Pulcinelas- Eu Estou Aqui" (Estagiárias de Ed. Social)	Grupo de Ajuda Mútua (Dr.ª Elizabeth)
11:00	Visita à Quinta de Lusa (Estagiárias de Educação Social e Prof.ª Telma)		Notação/Ginásio (Prof.ª Marco)	Vamos falar de: "Construção de um Puzzle" Polídeo da Galeria Torina (Prof.ª Telma)	
Intervalo					
11:30	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Visita à ETA- Alcantarilha (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	Notação/Ginásio (Prof.ª Marco)	Teapeqaria e Bordados e croché (Monitora Vinita)	Teapeqaria e Bordados e croché (Monitora Vinita)
12:30	Teapeqaria (Monitora Vinita)		Relaxamento (Dr.ª Elizabeth)	Vamos falar de: "Construção de um Puzzle" Polídeo da Galeria Torina (Prof.ª Telma)	Zumba (Prof.ª Telma)
Intervalo para o Almoço					
14:00	Atelier de Escultura - "Sítios e flores"- Biblioteca Lenas (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	Vamos falar de: "Sítios e flores"- Biblioteca Lenas (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	Cinema (Dr.ª Nilda)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)
15:30	Teapeqaria (Monitora Vinita)		Biblioteca (Prof.ª Telma)	Atelier de Pintura (Monitora Susy)	Oficina de Expressões (Alunas de Psicossocial e Prof.ª Telma)
Intervalo					
16:00	Atelier de Escultura - "Sítios e flores"- Biblioteca Lenas (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	Exposição "Sítios e flores"- Biblioteca Lenas (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	Cinema (Dr.ª Nilda)	Arte Aplicada (Monitora Susy)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)
17:00	Treino de Estimulação Cognitiva (Estagiária Psicologia)		Biblioteca (Prof.ª Telma)	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Atelier Reciclagem Restaura móvel (Monitora Susy e Monitora Vinita)

Legenda: SP- sala polivalente; O- exterior; A- piscinas municipais; B- gabinete de balneio; C- biblioteca municipal de Faro; D- Centro de téis da Quinta do Bacalho; E- Sala de Cinema do Ria Shopping; F- Jardim Alameda ou circuito de manutenção do liceu ou cantinhado pela cidade; P- praia de Faro CCV- centro de ciência viva

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:30	Desenvolvimento pessoal e social (Estagiária Psicologia)	Educação para Cidadania Seleção de fotos das atividades no âmbito de estágio (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	Atelier de Escrita Criativa (Prof.ª Telma)	Arte Aplicada (Monitora Susy)	Grupo de Ajuda Mútua (Dr.ª Elizabeth)
11:00		Projecto Relíquias do Barbaento- Registo fotográfico (Monitora Vinita e Susy)	Notação/Ginásio (Prof.ª Marco)	Visita à ETA- Alcantarilha (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	
Intervalo					
11:30	TAS Sénior- (Dr.ª Elizabeth)	Matemática para a vida A e B "Tapas de Bingo" (Prof.ª Telma)	Notação/Ginásio (Prof.ª Marco)	Teapeqaria e Bordados e croché (Monitora Vinita)	Teapeqaria e Bordados e croché (Monitora Vinita)
12:30	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Projecto Relíquias do Barbaento- Registo fotográfico (Monitora Vinita e Susy)	Telchil (Estagiária Psicologia)	Visita à ETA- Alcantarilha (Estagiárias de Ed. Social e Prof.ª Telma)	Arte Aplicada (Monitora Susy)
Intervalo para o Almoço					
14:00	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Projecto Relíquias do Barbaento- Registo fotográfico (Monitora Vinita e Susy)	Cinema (Dr.ª Nilda)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)
15:30	Atelier de Desenho e Pintura (Monitora Susy)	Atividade Alusiva ao Dia Mundial da Voz - SEDE ASMAL (Dr.ª Nilda)	Biblioteca (Prof.ª Telma)	Atelier de Pintura (Monitora Susy)	Oficina de Expressões (Alunas de Psicossocial e Prof.ª Telma)
Intervalo					
16:00	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Treino de Estimulação Cognitiva (Estagiária Psicologia)	Cinema (Dr.ª Nilda)	Arte Aplicada (Monitora Susy)	Atividade Desportiva (Prof.ª Marco)
17:00	Atividade Alusiva ao Dia Mundial da Voz - SEDE ASMAL (Dr.ª Nilda)		Biblioteca (Prof.ª Telma)	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Atelier Reciclagem Restaura móvel (Monitora Susy e Monitora Vinita)

Legenda: SP- sala polivalente; O- exterior; A- piscinas municipais; B- gabinete de balneio; C- biblioteca municipal de Faro; D- Centro de téis da Quinta do Bacalho; E- Sala de Cinema do Ria Shopping; F- Jardim Alameda ou circuito de manutenção do liceu ou cantinhado pela cidade; P- praia de Faro CCV- centro de ciência viva

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:30	Desenvolvimento pessoal e social (Estagiária Psicologia)	Educação para Cidadania - Avaliação das atividades no âmbito do estágio (Estagiárias de Ed. Social)	FERIADO	Arte Aplicada (Monitora Susy)	Grupo de Ajuda Mútua (Dr.ª Elizabeth)
11:00		Vamos falar de: "A Lenda das Amendoeiras em Tela" - Cerro da Vila (Monitora Vinita e Susy)	FERIADO	Teapeqaria e Bordados e croché (Monitora Vinita)	
Intervalo					
11:30	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Educação para Cidadania - cont. (Estagiárias de Ed. Social)	FERIADO	Atividade Lúdica "Comício e diálogos do encerramento do estágio das alunas de Ed. Social"	Teapeqaria e Bordados e croché (Monitora Vinita)
12:30	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Vamos falar de: "A Lenda das Amendoeiras em Tela" - Cerro da Vila (Monitora Vinita e Susy)	FERIADO	TAS Sénior- (Estagiária Psicologia)	Yoga (Instrutora Age)
Intervalo para o Almoço					
14:00	Cinema - Filme alusivo ao 25 de Abril (Dr.ª Nilda)	Vamos falar de: "A Lenda das Amendoeiras em Tela" - Cerro da Vila (Monitora Vinita e Susy)	FERIADO	Atelier de Pintura (Monitora Susy)	Treino de Futsal (Prof.ª Marco)
15:30		Linguagem Comunicativa (Dr.ª Nilda)	FERIADO	Oficina do Teatro (Dr.ª Nilda)	Oficina de Expressões (Alunas de Psicossocial)
Intervalo					
16:00	Cinema - Filme alusivo ao 25 de Abril (Dr.ª Nilda)	Treino de Estimulação Cognitiva (Estagiária Psicologia)	FERIADO	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Treino de Futsal (Prof.ª Marco)
17:00			FERIADO	Teapeqaria (Monitora Vinita)	Atelier Reciclagem Restaura móvel (Monitora Susy e Monitora Vinita)

Legenda: SP- sala polivalente; O- exterior; A- piscinas municipais; B- gabinete de balneio; C- biblioteca municipal de Faro; D- Centro de téis da Quinta do Bacalho; E- Sala de Cinema do Ria Shopping; F- Jardim Alameda ou circuito de manutenção do liceu ou cantinhado pela cidade; P- praia de Faro CCV- centro de ciência viva

Estamos a actualizar o nosso website. Algumas secções ainda não estão completas. Pedimos desculpas pelo incómodo.



Quem somos O que fazemos Admissões Contactos

Quem somos

A AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial é uma instituição particular de solidariedade social, reconhecida como pessoa colectiva de utilidade pública que, desde 1987, desenvolve programas e serviços de suporte a pessoas com doença mental, nos domínios da habitação, educação e emprego.

<http://www.aeips.pt/quem-somos/>

1/5

Estamos a actualizar o nosso website. Algumas secções ainda não estão completas. Pedimos desculpas pelo incómodo.



Quem somos O que fazemos Admissões Contactos

O que fazemos



O nosso Centro Comunitário presta um conjunto de serviços de reabilitação e suporte a pessoas com doença mental, estruturados no sentido de atingir os seguintes objectivos:

- Promover o empowerment e a capacidade de decisão, autonomia e responsabilização individual
- Contribuir para o crescimento, fortalecimento e redescoberta pessoal (recovery)
- Promover a participação social
- Aumentar o acesso e a utilização dos recursos da comunidade

<http://www.aeips.pt/o-que-fazemos/>

1/5

2011	1993
<ul style="list-style-type: none"> • AEIPS recebe Prémio Gulbenkian Beneficência • Nova residência do Restelo, possibilitou a passagem das últimas 24 pessoas institucionalizadas, há várias décadas no Hospital Miguel Bombarda, para uma casa integrada na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de uma rede de empresários que resultou na integração de um maior número de doentes mentais em meio normal de trabalho
<p>2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • Início do programa «Casas primeiro» 	<p>1992</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inauguração das novas instalações do Centro Comunitário
<p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co-organização da II International Conference on Community Psychology 	<p>1991</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celebrado protocolo com o IEPF para formação profissional de doentes mentais
<p>2006</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inauguração da terceira Residência Comunitária 	<p>1990</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Curso de Reabilitação Psiquiátrica • Início do funcionamento do Grupo de Ajuda Mútua, organizado e coordenado exclusivamente por membros do Centro Comunitário
<p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Início do Programa de Educação Apolada 	<p>1989</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecida como pessoa colectiva de utilidade pública • Inauguração da primeira Residência Comunitária em Portugal
<p>1999</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lançamento do boletim Comunidade 	<p>1988</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co-organizadora do I Congresso de Saúde Mental Comunitária
<p>1997</p> <ul style="list-style-type: none"> • A AEIPS assinou pela primeira vez Acordos Alíquios com a Segurança Social 	<p>1987</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituição da AEIPS • Criado o Centro Comunitário, a primeira estrutura de suporte para pessoas com doença mental a funcionar diariamente na comunidade
<p>1995</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inauguração da segunda Residência Comunitária 	

<http://www.aeips.pt/quem-somos/>

2/5

- Valorizar e desenvolver as potencialidades individuais
- Desenvolver e diversificar contactos e relações sociais

Suporte individual

Todos os utilizadores do Centro Comunitário dispõem de apoio individualizado, no sentido de se estruturar o desenvolvimento de programas individuais de acordo com os seus interesses e objectivos.

Estes programas abrangem diferentes áreas como a educacional, escolar, a habitacional, a gestão de problemas ou dificuldades do quotidiano (planeamento da rotina diária, imagem pessoal, gestão de dinheiro) ou áreas intrapessoais e interpessoais (tomada de decisões, resolução de conflitos).

O processo de suporte individual nos programas comunitários constitui-se como um pilar organizador, orientado para as necessidades individuais e focalizado em ultrapassar barreiras e dificuldades na integração social.



Av. António José de Almeida, 26
1000-043 Lisboa
Telefone: 218 453 580

Instituição Particular de Solidariedade Social
Utilidade Pública N.º 3/89
NIF: 501914625

DOCUMENTOS

Estatutos
Registo IPSS
Rel. Actividades 2017
Rel. Contas 2017

<http://www.aeips.pt/o-que-fazemos/>

2/5



HOME / QUEM SOMOS - A INSTITUIÇÃO

A INSTITUIÇÃO

A ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, que trabalha com pessoas com problemas de saúde mental, em desvantagem psicossocial. Foi criada em 1991, por um grupo de técnicos de saúde mental, do HSPX.

A NOSSA MISSÃO

Ajudar a pessoa com problemas de saúde mental a adquirir os recursos necessários à sua reabilitação psicossocial e integração socioprofissional.

OS NOSSOS VALORES

Respeito
Pelo salvaguarda dos direitos humanos e pela diversidade da pessoa, valorizando as diferentes culturas e saberes.

Responsabilidade
No compromisso assumido com os clientes, familiares, sócios, equipa técnica e parceiros onde são ponderados os benefícios e consequências da nossa atuação.

Cooperação
Revelada na colaboração de todos para a prossecução da missão e objetivos da ARIA, através de uma boa comunicação, trabalho em equipa e dedicação, de forma a potenciar os contributos de todos para um fim comum.

A NOSSA VISÃO

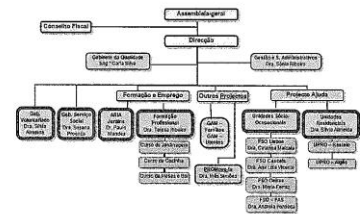
A ARIA ambiciona um futuro melhor para as pessoas com problemas de saúde mental e em desvantagem psicossocial, possibilitado pela maior oferta de serviços especializados e

- A INTELIGÊNCIA
- Qualidade
- Estatutos
- Corpos Sociais
- Planos e Relatórios
- Organograma
- Barra Cronológica
- A Nossa Equipa
- Testemunhos



HOME / QUEM SOMOS - ORGANIGRAMA

ORGANOGRAMA



Clique para ampliar

- A Instituição
- Qualidade
- Estatutos
- Corpos Sociais
- Planos e Relatórios
- Organograma
- Barra Cronológica
- A Nossa Equipa
- Testemunhos

CO-FINANCIAMENTO

COMO AJUDAR A ARIA

CONTACTOS



HOME / RESPOSTAS SOCIAIS - FORMAÇÃO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Projeto desenvolvido no âmbito do Medida de Qualificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades, integrado no Programa PDPH.

OBJETIVOS

- Desenvolver Ações de Formação Profissional de forma a proporcionar ao nosso público os meios necessários para adquirirem as competências necessárias à sua inserção profissional
- Dotar os formandos de competências básicas no domínio pessoal, comportamental e organizacional
- Criar contextos que permitam adequar ou reforçar as competências profissionais, pessoais e sociais tendo em vista a inserção na vida ativa e a adaptabilidade aos diferentes contextos de trabalho ou à ocupação de um posto de trabalho
- Promover a Autonomia Social
- Melhorar a Qualidade de Vida

DIREITOS E PRIVILEGIOS DO FORMANDO

- Bolsa de Formação (avaliação dos rendimentos do agregado familiar e Certificação profissional)
- Subsídio de Almoço/Subsídio de Transporte
- Seguro de Acidentes Pessoais/Certificado

DEVERES DO FORMANDO

Cumprimento do Regulamento Interno da Formação

OFERTA FORMATIVA:

- Formação Profissional
- Fórum Sócio-Ocupacional
- ARIA Jardins
- Gabinete de Serviço Social
- URCOSM

Curso de Jardimagem e Espaços Verdes
Curso de Restauração - Serviço de Cozinha
Curso de Restauração - Serviço de Mesas e Bar

ESTRUTURA DOS CURSOS:

Período Experimental - 1 mês Teórico-prática - 1308h Prática em Contexto de Trabalho - 648h Duração total do Curso: 1956h

Horário
9h-16h de segunda-feira a sexta-feira

Local
Av. do Brasil, 53, Pavilhão 14
1749-002 Lisboa

PROCESSO DE CANDIDATURA E INSCRIÇÃO

- 1ª Etapa: Receção das Fichas de Encaminhamento preenchidas pelos Técnicos de Referência dos Candidatos
- 2ª Etapa: Entrevista de Triagem - realizada pela Técnica do Gabinete de Serviço Social
- 3ª Etapa: Entrevista de Avaliação aos Candidatos e Formandos - realizada pela Equipa da Formação Profissional

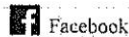
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO:

- Ter, preferencialmente idade compreendida entre os 16 e os 45 anos;
- Ter antecedentes de doença mental grave e crónica, preferencialmente pessoas com perturbações psicóticas;
- Encontrar-se clinicamente estável
- Ter apoio terapêutico regular e aderir ao mesmo
- Não consumir estupefacientes ou álcool há pelo menos 1 ano
- Apresentar um comportamento pessoal e social adequado no contacto com os outros, para que não se comprometa o trabalho em grupo
- Estar motivado(a) para participar ativamente no projeto de formação profissional, com vista à sua integração laboral
- Estar inscrito no Centro de Emprego da sua área de residência como desempregado
- Possuir habilitações escolares mínimas de 4ºano de escolaridade
- Ter reduzido grau de incapacidade psicossocial, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

Como apresentar uma candidatura às Respostas Sociais da ARIA:

- As candidaturas às respostas sociais da ARIA, devem ser feitas para o Gabinete de Serviço Social, da seguinte forma:
- Ou por um técnico que faça o acompanhamento do candidato, através do envio da nossa Ficha de Encaminhamento;
 - Ou pelo próprio ou significativo (familiar, amigo, etc.), através de uma carta com o pedido de integração (dados pessoais e resposta social a que se candidata) e de um relatório actualizado do médico psiquiatra.



[Sobre nós](#) ▾[Respostas Sociais](#) ▾[Notícias](#)
Objetivos[Contributos](#)[Parcerias](#)[Contactos](#)

Facebook

Principais

1. Criar e manter estruturas residenciais protegidas e comunitárias;
2. Promover acções de apoio às famílias;
3. Criar e manter Centros de Actividades Ocupacionais, enquanto estruturas intermédias de integração social;
4. Promover a qualificação profissional através de cursos de formação, formação em posto de trabalho ou outras modalidades que se revelem adequadas;
5. Promover a integração profissional no mercado de trabalho, enquanto instrumento facilitador da integração social plena;
6. Promover a criação de “empresas sociais” destinadas às pessoas que apresentem maiores dificuldades na integração profissional no mercado de trabalho;
7. Facilitar o desenvolvimento de competências sociais das pessoas e processo de reabilitação, formação e integração sócio-profissional, privilegiando a sua autonomização.

Secundários

1. Dinamizar a defesa dos direitos de cidadania da população abrangida;



3. Realizar estudos de investigação, nomeadamente os que permitam
4. encontrar soluções para o problema de integração e social e profissional de pessoas com deficiências na área da Saúde Mental;
5. Promover o intercâmbio de experiências quer a nível nacional que a nível internacional;
6. Colaborar com as redes sociais locais, tais como instituições particulares de solidariedade social, autarquias, empresas e serviços públicos e com elas encontrar estratégias de ações comuns;
7. Sensibilizar, informar e esclarecer a opinião pública e a comunidade através dos meios da comunicação social.

SOBRE NÓS

Órgãos sociais
Equipa técnica
Objetivos

RESPOSTAS SOCIAIS

Fórum Sócio-
ocupacional
Unidade Vida
Protege
Grupo de Famílias

NOTÍCIAS RECENTES

> 739
> Convocatória
Assembleia Geral
> Festa da Natal 2017

CONTACTOS

Rua Vitor Santos,
Lote R8 - Loja A,
1600-785 Lisboa
Tel.: +351 214074756
Email: geral@gac.com.pt

Powered and Developed by Gtech ISP

<http://gac.com.pt/sobre-nos/objetivos/>

2/2



Sobre nós ▾ Respostas Sociais ▾ Notícias de Vida Protegida Contributos Parcerias

Contactos Facebook

Estrutura residencial que visa a autonomização destes cidadãos fora do meio familiar.

A Upro prevê o desenvolvimento de atividades de treino de competências sociais e pessoais, processos de organização de vida pessoal e comunitária com vista a promoção do regresso à vida activa.

Horário de funcionamento: de segunda a sexta feira das 17h às 8 horas e fins de semana.

Tipologia:

- Apartamento T3 misto (2 homens e 2 mulheres)
- Quartos Duplos

+ Critérios de Admissão

+ Candidatura

+ Entrevista

+ Período Experimental

+ Frequência

+ Objetivos

+ O que fazemos

<http://gac.com.pt/respostas-sociais/upro/>

1/2



Sobre nós ▾ Respostas Sociais ▾ Notícias Contributos

Parcerias Contactos Facebook

Atividades e outros

Socio- Terapêuticas

- Música
- Teatro
- Corfebol
- Artes Plásticas
- Artes Decorativas
- Atividades de Vida Diária
- Jornal do GAC / Informática
- Leitura e Escrita
- Atividades de Vida Prática

Reabilitação

- Musicoterapia
- Treino de Competências Sociais
- Cantinho de Pensar os Pensamentos
- O Grupo
- Grupo de Auto Múua
- Sessões de Educação para a Saúde
- Recovery

<http://gac.com.pt/atividades/>

1/2



Sobre nós ▾ Respostas Sociais ▾ Notícias Contributos

Parcerias Contactos Facebook

Grupo de Famílias

Grupo de Famílias

Nos processos de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental crónica é necessário o envolvimento dos familiares e cuidadores. O GAC reconhece a importância do papel das famílias no acompanhamento das pessoas com experiência em doença mental, e a promoção de ações de apoio às famílias faz parte da missão do GAC.

Foi assim constituído o Grupo de Famílias do GAC que se reúne mensalmente, ao fim do dia no Fórum Sócio Ocupacional.

Os objetivos destes encontros são:

- A partilha de problemas e de experiências que permitam o conhecimento de várias vivências, procurando quebrar o isolamento em que muitas famílias se encontram.
- A divulgação de informações que dizem respeito à saúde mental e aos apoios institucionais.
- A colaboração com as instituições que representam os interesses das famílias e dos utentes junto das autoridades da saúde para melhoria do sistema.

Podê entrar em contacto conosco

<http://gac.com.pt/respostas-sociais/familias/>

1/2