



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

DH
DUAR/MTA

Mestrado em Psicologia Comunitária

**Serviços de Suporte Comunitários orientados para o
Recovery das pessoas com experiência de doença mental.**


Dissertação orientada: Prof. Doutor José Ornelas

Discente: Maria Teresa de Castilho Duarte
Nº 13495

2009



18340

 ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Classe de Documentação: C

Registo: 18340
Data: 16/06/09

Tel.: 21 881 17 50 • info@ispa.pt

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível devido ao apoio e colaboração de várias pessoas com quem tenho tido o privilégio e o prazer de trabalhar.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Prof. Doutor José Ornelas, pela orientação, pelas sugestões críticas e pertinentes que espero ter sabido aproveitar, e apoio ao longo de todo o trabalho.

À Direcção da AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial pela oportunidade e apoio que me foi concedido para a realização deste Mestrado.

Aos membros, familiares e profissionais da AEIPS, pela disponibilidade em participarem neste estudo, esperando que a reflexão conjunta que realizámos sobre os seus resultados, bem como as várias propostas daí resultantes possam contribuir para uma melhoria dos serviços da associação em direcção ao *recovery*.

Em particular, uma palavra de gratidão e apreço ao grupo de colaboradores desta investigação, José António Coimbra, Maria de Fátima Freitas, Maria João Neves, Orlando Silva, Vitória Bruno da Costa, Sónia Mesquita e Liliana Filipe, pela colaboração inestimável na realização deste estudo. Ao Jorge Esteves, à Ana Lisa Oliveira e à Mafalda Henriques, alunos do ISPA, agradeço o apoio na recolha dos dados junto das famílias.

Às minhas colegas Fátima Monteiro e Florisbela Soares pelo trabalho extra que tiveram de realizar durante as semanas em que estive ausente da associação a redigir a dissertação. Ao Filipe Bianchi que emprestou um pouco do seu talento a este trabalho, com a elaboração das figuras nele apresentadas.

À minha família, fonte inesgotável de suporte, energia e afecto, muito em particular à minha mãe pelo encorajamento constante.

RESUMO

Nos últimos anos, o *recovery* emergiu como um novo paradigma na saúde mental. Com base nas narrativas das pessoas com experiência de doença mental e nos resultados de vários trabalhos de investigação, o *recovery* é uma experiência mais comum do que era tradicionalmente expectável e uma possibilidade para as pessoas com doença mental. O paradigma do *recovery* tem vindo também a ser proposto como linha orientadora do planeamento dos serviços e das políticas públicas de saúde mental.

Este estudo tem como objectivo aprofundar o conhecimento sobre os factores organizacionais dos serviços de suporte comunitários que são promotores dos processos de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental, no sentido de contribuir para a melhoria das intervenções. O estudo foi realizado numa organização comunitária. Utilizando uma metodologia de investigação-acção participativa, analisou as percepções que os três grupos de *stakeholders* – utilizadores dos serviços, as suas famílias e os profissionais, têm sobre práticas desenvolvidas pela organização, envolvendo os participantes na análise dos resultados e na elaboração de propostas de melhoria dos serviços.

Os serviços orientados para o *recovery* adoptam uma abordagem ecológica na sua análise dos problemas e estratégias de intervenção, desenvolvem uma cultura de esperança e *empowerment*, estabelecem uma relação colaborativa e de partilha de poder entre os vários os *stakeholders* e promovem a participação e integração social das pessoas com experiência de doença mental.

Palavras-Chave: *recovery*, pessoas com doença mental, serviços de saúde mental, participação e integração social, *empowerment*.

ABSTRACT

In the last years, *recovery* has emerged as a new paradigm in the mental health field. Based in the narratives of people with experience of mental illness and in several research studies, *recovery* has proved to be a more common experience than what was traditionally expected and a real possibility for people with mental illness. The *recovery* concept has also been introduced as the guiding vision for mental health services design and provision as well as for public policies in mental health care.

This paper explores the knowledge about organizational climate factors that promote *recovery* processes of people with experience of mental illness in order to develop more *recovery* oriented practices. This study was done in a community organization. Using a participative action research, the study focuses on the organizational climate factors and practices that supports and influences recovery of a community organization, assessed from multiple perspectives: people in recovery, family members and services providers and the stakeholders recommendations to organizational change and program improvement.

Recovery oriented services adopt an ecological approach in terms of analyses and intervention, develop an *empowerment* culture, establish a collaborative and power sharing relationship between all the *stakeholders* and promote the effective social integration of people with experience of mental illness.

Key words: *recovery*, people with experience of mental illness, mental health services, participation and social integration, *empowerment*.

ÍNDICE

Introdução.....	1
I. O Paradigma do <i>Recovery</i>	5
1. O Conceito de <i>Recovery</i>	5
2. Os Estudos Longitudinais.....	10
II. Os Estudos Qualitativos.....	20
3. A Diversidade do <i>Recovery</i>	20
4. As Dimensões Comuns dos Processos de <i>Recovery</i>	22
5. Os Modelos de <i>Recovery</i>	29
III. Serviços Orientados para o <i>Recovery</i>	36
6. Do Paradigma da Reabilitação ao Paradigma do <i>Recovery</i>	36
7. Características dos Serviços Orientados para o <i>Recovery</i>	45
8. A Avaliação do <i>Recovery</i>	54
IV. Metodologia de Investigação.....	58
V. Apresentação dos Resultados.....	67
VI. Discussão dos Resultados.....	113
Conclusões.....	128
Referências.....	131

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Empowerment model of recovery.....	32
Figura 2 – Modelo de recovery do Recovery Advisory Group.....	34
Figura 3 – Modelo do sistema de suporte comunitário.....	37
Figura 4 – Mapa de recursos de suporte.....	42

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos longitudinais sobre a esquizofrenia.....	19
Quadro 2 – Categoria: esperança, confiança e sentimento de propósito.....	102
Quadro 3 – Categoria: <i>empowerment</i>	102
Quadro 4 – Categoria: apoio dos pares.....	103
Quadro 5 – Categoria: relações sociais.....	103
Quadro 6 – Categoria: actividades significativas na comunidade.....	104
Quadro 7 – Categoria: recursos e apoio habitacional.....	105
Quadro 8 – Categoria: envolvimento e participação nas actividades do centro comunitário.....	105
Quadro 9 – Categoria: apoio dos técnicos.....	105
Quadro 10 – Categoria: envolvimento das famílias.....	106
Quadro 11 – Categoria: informação/formação sobre recovery e integração comunitária.....	106
Quadro 12 – Mudança organizacional e social.....	107
Quadro 13 – Empowerment organizacional.....	107
Quadro 14 – Acesso a recursos e actividades significativas.....	108
Quadro 15 – Área habitacional.....	109
Quadro 16 – Apoio inter-pares.....	109
Quadro 17 – Tempos livres.....	110
Quadro 18 – Apoio aos novos membros.....	110
Quadro 19 – Informação interna.....	110
Quadro 20 – Apoio na crise.....	111
Quadro 21 – Apoio às famílias.....	111
Quadro 22 – Informação e divulgação para o exterior.....	112

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Consistência interna – alpha de Cronbach.....	63
Tabela 2 – Estatística descritiva da escala de recovery – número de participantes.....	69
Tabela 3 – Estatística descritiva da escala <i>recovery</i>	70
Tabela 4 – Estatística descritiva das sub-escalas – número de participantes.....	71
Tabela 5 – Estatística descritiva das sub-escalas.....	72
Tabela 6 – Estatística descritiva da escala recovery por grupo de participantes.....	93
Tabela 7 – Estatística descritiva da sub-escala objetivos de vida.....	94
Tabela 8 – Estatística descritiva da sub-escala participação.....	95
Tabela 9 – Estatística descritiva da sub-escala diversidade de serviços de suporte.....	96
Tabela 10 – Estatística descritiva da sub-escala escolha.....	97
Tabela 11 – Estatística descritiva da sub-escala serviços individualizados.....	98
Tabela 12 – Teste não paramétrico Kruskal Wallis para a escala e sub-escalas de <i>recovery</i>	98
Tabela 13 – Estatística de teste – grupo de participantes.....	99
Tabela 14 – Estatística de teste – pessoas em recovery e familiares.....	99
Tabela 15 – Estatística de teste – pessoas em recovery e técnicos/as.....	99
Tabela 16 – Estatística de teste – familiares e técnicos/as.....	100
Tabela 17 – Correlação de Spearman entre as sub-escalas.....	101

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização demográfica – grupo de participantes.....	67
Gráfico 2 – Caracterização demográfica – sexo por grupo de participantes.....	67
Gráfico 3 – Caracterização demográfica – anos de ligação com a Associação por grupo de participantes.....	68
Gráfico 4 – Caracterização demográfico – grau de parentesco do grupo das famílias.....	68
Gráfico 5 – Gráfico de extremos e quartis da escala de <i>recovery</i>	70
Gráfico 6 – Frequências item 14.....	73
Gráfico 7 – Frequências item 16.....	74
Gráfico 8 – Frequências item 20.....	74
Gráfico 9 – Frequências item 22.....	75
Gráfico 10 – Frequências item 23.....	75
Gráfico 11 – Frequências item 24.....	76
Gráfico 12 – Frequências item 25.....	76
Gráfico 13 – Frequências item 26.....	77

Gráfico 14 – Frequências item 29.....	77
Gráfico 15 – Frequências item 33.....	78
Gráfico 16 – Frequências item 36.....	78
Gráfico 17 – Frequências item 12.....	79
Gráfico 18 – Frequências item 15.....	79
Gráfico 19 – Frequências item 21.....	80
Gráfico 20 – Frequências item 27.....	80
Gráfico 21 – Frequências item 30.....	81
Gráfico 22 – Frequências item 31.....	81
Gráfico 23 – Frequências item 32.....	82
Gráfico 24 – Frequências item 35.....	82
Gráfico 25 – Frequências item 8.....	83
Gráfico 26 – Frequências item 17.....	83
Gráfico 27 – Frequências item 18.....	84
Gráfico 28 – Frequências item 19.....	84
Gráfico 29 – Frequências item 28.....	85
Gráfico 30 – Frequências item 34.....	85
Gráfico 31 – Frequências item 3.....	86
Gráfico 32 – Frequências item 6.....	86
Gráfico 33 – Frequências item 7.....	87
Gráfico 34 – Frequências item 10.....	87
Gráfico 35 – Frequências item 11.....	88
Gráfico 36 – Frequências item 13.....	88
Gráfico 37 – Frequências item 1.....	89
Gráfico 38 – Frequências item 2.....	89
Gráfico 39 – Frequências item 4.....	90
Gráfico 40 – Frequências item 5.....	90
Gráfico 41 – Frequências item 9.....	91
Gráfico 42 – Gráfico de extremos e quartis escala de <i>recovery</i>	92
Gráfico 43 – Gráfico de extremos e quartis sub-escala objectivos de vida.....	93
Gráfico 44 – Gráfico de extremos e quartis sub-escala participação.....	94
Gráfico 45 – Gráfico de extremos e quartis sub-escala diversidade de serviços de suporte.....	95
Gráfico 46 – Gráfico de extremos e quartis sub-escala escolha.....	96
Gráfico 47 – Gráfico de extremos e quartis sub-escala serviços individualizados.....	97

Introdução

Na última década, o *recovery* emergiu como um novo paradigma na saúde mental e como uma visão orientadora dos serviços e sistemas de saúde mental. O conceito de *recovery* na área da saúde mental foi introduzido, no final da década de 80, pelas pessoas com experiência de doença mental, através dos relatos das suas histórias e experiências de luta, descoberta e mudança pessoais. O *recovery* é definido como um processo pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de auto-determinação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade (Deegan, 1988; Leete, 1988; Ahern & Fisher, 2002).

Contrariando as crenças dominantes sobre a doença mental, os testemunhos de *recovery* devolveram a esperança e abriram novas opções e perspectivas para as pessoas com experiência de doença mental, sustentando que o *recovery* é possível para todas as pessoas (Ahern & Fisher, 1999; Deegan, 1999; Mead & Copeland, 2000; Chamberlin, 2006; Fisher, 2006). Por outro lado, os estudos longitudinais desenvolvidos nas últimas décadas, em diferentes países, põem em causa as asserções e os prognósticos clássicos sobre a cronicidade e a evolução da doença mental (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987b; DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga, & Brooks, 1995b; Harding, 2005), evidenciando resultados muito mais heterogêneos e positivos do que era tradicionalmente expectável, corroborando que o *recovery* era uma possibilidade real para as pessoas com doença mental.

Ancorado nas narrativas dos consumidores/sobreviventes e nos resultados evidenciados pela investigação, o paradigma de *recovery* conduziu a uma reflexão e debate sobre a mudança nos serviços e sistemas de saúde mental. No início da década de 90, Anthony (1993) propôs o *recovery* como a nova visão que deveria orientar a organização e funcionamento dos serviços. Esta nova visão convoca os serviços para uma mudança em termos dos seus valores, objectivos e práticas no sentido de maximizarem as oportunidades de *recovery* e integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental.

O *recovery* tem vindo também a alcançar um lugar central nas políticas de saúde mental. No final da década de 90, vários estados americanos introduziram o *recovery* no léxico das políticas públicas e nas práticas dos sistemas de saúde mental (Beale & Lambric, 1995; Jacobson & Curtis, 2000). Mais recentemente, a *President's New Freedom Commission on Mental Health*, constituída para planear a reforma do sistema de saúde mental nos Estados Unidos, integrou o conceito de *recovery* na sua declaração de visão sobre “*um futuro onde todas as pessoas com doença mental irão recover*” e recomendou que a reforma do sistema de serviços de saúde mental deveria ser orientada para este objectivo (Final Report, 2003, p.1 e 4).

Outros países, como a Nova Zelândia e a Irlanda, adoptaram o *recovery* como a visão e a estratégia nacional para a reforma e desenvolvimento dos serviços de saúde mental (Mental Health Commission, 1998; Expert Group on Mental Health Policy, 2006). Em Portugal, o *recovery* constitui um valor orientador do recente Plano Nacional para a Saúde Mental (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Contudo, apesar da proliferação do termo *recovery* nestas diferentes áreas – narrativas pessoais, concepção e implementação de serviços e políticas públicas – ou talvez também por causa disso, não tem sido fácil chegar a uma definição uniforme e consensual do conceito. Como Jacobson e Greenley referiram “*o recovery é descrito de várias maneiras como qualquer coisa que os indivíduos experimentam, que os serviços promovem e que os sistemas facilitam, contudo concretamente o que é experimentado, promovido ou facilitado – e como – muitas vezes não é bem compreendido*” (2001, p. 482).

A investigação sobre o *recovery* tem procurado definir o conceito de forma mais precisa, identificar dimensões comuns dos processos de *recovery*, determinar os seus resultados e desenvolver instrumentos de avaliação do fenómeno (Davidson, 2003; Fisher & Deegan, 1998; Ridgway, 2001; Onken, Dumont, Ridgway, Dornan, & Ralph, 2002; Ralph, 2005; Young & Ensing, 1999). A base de conhecimento gerada por estes estudos permitiu reconhecer que o *recovery*, embora definido como um processo pessoal, não é um processo solitário, nem acontece num vácuo. Pelo contrário, ele é um resultado de influências recíprocas entre vários factores associados com as pessoas, com as organizações de suporte e com o contexto social e político mais abrangente.

Mais recentemente, a investigação tem-se debruçado sobre como traduzir os valores e princípios do *recovery* em orientações e práticas concretas que possam ser adoptadas, implementadas e avaliadas pelas organizações e sistemas de saúde mental (Davidson, Tondora, O'Connell, Kirk, Rockholz, & Evans, 2007; O'Connell, Tondora, Croog, Evans, & Davidson, 2005; Jacobson & Greenley, 2001).

O presente estudo inscreve-se nesta vertente de investigação. Tendo em conta o papel de relevo que o paradigma do *recovery* tem vindo a assumir no campo da saúde mental e nas suas políticas públicas, bem a influência que os valores e práticas dos contextos formais de suporte podem ter na promoção dos processos de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental, pareceu-nos pertinente realizar um trabalho sobre esta temática. Deste modo, este estudo pretende aprofundar o conhecimento sobre os factores organizacionais dos serviços de suporte comunitários que são promotores dos processos de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental, no sentido de contribuir para a adopção de práticas mais consistentes com este novo paradigma.

O primeiro capítulo do nosso trabalho incide sobre a génese do conceito, o seu significado e a evidência científica que o sustenta e que resulta de vários trabalhos de investigação longitudinal realizados na última metade do século XX, salientando a mudança de paradigma que este novo conhecimento introduziu no campo da saúde mental. No segundo capítulo faremos uma revisão dos estudos qualitativos que têm procurado compreender este fenómeno a partir das experiências subjectivas dos consumidores/sobreviventes e identificar as dimensões comuns e os factores facilitadores dos processos de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental. Neste capítulo, apresentaremos também alguns modelos teóricos de *recovery* que têm vindo a ser desenvolvidos com base na investigação realizada e que procuram descrever os processos e os resultados do *recovery*.

No terceiro capítulo, procuraremos analisar como esta nova visão de *recovery* implica uma mudança ao nível dos sistemas e serviços comunitários de suporte às pessoas com experiência de doença mental. Ao fazê-lo, estabelecemos as diferenças entre este novo paradigma de *recovery* e o anterior paradigma da reabilitação. Nesse sentido, abordaremos as assumpções e valores inerentes a cada um destes modelos. De seguida, enunciaremos e descreveremos as características dos serviços de suporte comunitários

orientados para o *recovery*. No final do capítulo, faremos referência a um conjunto de instrumentos de avaliação dos processos de *recovery* e de práticas organizacionais orientadas para o *recovery*.

No quarto capítulo enunciam-se as questões de investigação e descreve-se a metodologia e os procedimentos adoptados neste estudo, bem como o contexto onde o mesmo foi realizado. Nos capítulos seguintes, procederemos à apresentação e discussão dos resultados da investigação. Por último, serão formuladas as conclusões, bem como apresentadas algumas sugestões sobre estudos futuros nesta área.

Dada a complexidade do conceito de *recovery*, propomos a manutenção do termo na língua original, no sentido de não desvirtuar o seu significado.

I. O Paradigma do Recovery

1. O conceito de recovery

O *recovery* é definido, pelas pessoas que o viveram, como um processo, um desafio diário e uma reconquista da esperança, da auto-confiança, da participação social e do controlo pessoal nas várias esferas das suas vidas (Deegan, 1988; Leete, 1989; Mead & Copeland, 2000; Chamberlin, 2006; Fisher, 2006). Uma das grandes originalidades e força deste conceito é o facto dele não ter surgido da academia ou dos profissionais de saúde mental, mas ter sido descoberto e desenvolvido pelos próprios consumidores/sobreviventes (pessoas com experiência de doença mental).

As narrativas pessoais de *recovery* têm sido escritas, desde há muito tempo. Os trabalhos de Georgina Weldon (*How I Escaped The Mad Doctor*), de Rosina Bulwer-Lytton (*The Bastilles of England: Or The Lunacy Laws at Work*) e Elisabeth Packard (*Modern Persecution or Insane Asylums Unveiled*), no final do século XIX, ou o livro de Clifford Beers (1953) *A Mind that Found Itself* tecem duras críticas ao controlo e aos abusos praticados pelas instituições psiquiátricas e relatam as suas histórias de luta, resiliência e mudança pessoal (Chamberlin 1990; Repper e Perkins, 2003). Contudo, a maioria das narrativas surgiu, mais recentemente, no contexto do movimento dos consumidores/sobreviventes.

Como movimento social distinto, o movimento dos consumidores/sobreviventes teve o seu início no princípio da década de 1970, nos EUA. Como relatado no livro *On Our Own* de Judy Chamberlin (1978), uma das líderes deste movimento, pessoas que tinham estado internadas nos hospitais psiquiátricos começaram a encontrar-se e a organizar-se em pequenos grupos para falarem sobre as suas experiências, estruturarem as suas redes de suporte e chamarem a atenção da sociedade para a situação de segregação e exclusão em que se encontravam. Tal como outros movimentos sociais importantes dessa época, em particular o movimento dos direitos civis e o movimento das mulheres, estes grupos denunciaram a injustiça da discriminação de que eram alvo, tendo adoptado o termo mentalismo como um corolário ao racismo (Chamberlin, 1978).

À semelhança do movimento feminista, promoveram o aumento da consciência crítica como um mecanismo para identificar as condições de extrema dificuldade da sua vida diária e os problemas sistémicos que tinham determinado as suas experiências. Nos trabalhos de Goffman, Schaff, Foucault e Szasz, encontraram a sustentação teórica para criticarem as concepções dominantes sobre a doença mental que descreviam as pessoas como gravemente debilitadas e a necessitar de cuidados para toda a vida, bem como as políticas sociais a elas associadas (Chamberlin, 1978).

Alguns destes grupos concentraram-se em actividades de *advocacy*, procurando alterar o estatuto social das pessoas rotuladas com doença mental, utilizando a litigação e lobbying como instrumentos para combater todas as formas de discriminação legalmente sancionadas e promover a criação de legislação anti-discriminação que restabelecesse e assegurasse a protecção dos seus direitos humanos e civis.

Outros grupos focalizaram-se no desenvolvimento de alternativas ao sistema tradicional de saúde mental, construindo as suas próprias redes de suporte, baseadas na ajuda-mútua, na partilha do poder, na valorização do conhecimento da experiência e controladas exclusivamente pelos participantes. Estes grupos possibilitaram aos seus membros partilharem e validarem as suas experiências, descobrirem novas formas de analisar e lidar com os seus problemas, reconhecerem e fortalecerem as suas capacidades e sentimento de controlo sobre as suas vidas, facilitando a criação de uma nova identidade pessoal e colectiva mais positiva e valorizada (Ornelas, 2008; Rappaport, 1995).

Muitos consumidores/sobreviventes começaram a escrever e a publicar as suas experiências na forma de narrativas, reclamando o direito a definir e contar essas experiências nos seus próprios termos e a contestar as narrativas culturais dominantes sobre a doença mental. Em conjunto, empenharam-se para desenvolver uma nova linguagem que expressasse a sua visão alternativa da doença mental e sustentasse a mudança nas suas histórias de vida, criando um modelo mais optimista e *empowering*, pessoal, social e politicamente, a que deram o nome de *recovery*.

Embora o termo *recovery* já tivesse surgido em várias narrativas anteriores, foi com o artigo da Patrícia Deegan “*Recovery: A experiência vivida da reabilitação*” (1988) que o

conceito se generalizou no seio do movimento dos consumidores/sobreviventes. Segundo Deegan, “*O recovery é um processo, um modo de vida, uma atitude e uma forma de abordar os desafios diários (...) de restabelecer um sentimento novo e valorizado de integridade e propósito, para além dos limites da doença; a aspiração é viver, trabalhar e amar na comunidade para a qual contribuimos significativamente*” (Deegan, 1988, p.15). Ao longo da década de 1990, as narrativas de *recovery* foram-se multiplicando, existindo actualmente uma literatura muito rica que documenta que o *recovery* não é uma experiência rara que só acontece a pessoas muito especiais (Ahern & Fisher, 2002).

O conceito de *recovery*, tal como é definido pelos consumidores/sobreviventes, tem um significado distinto da noção de *recovery* habitualmente utilizada no campo da saúde mental. Tal como na saúde física, o *recovery* da doença mental era definido como a remissão dos sintomas e o regresso a uma condição normal que existia antes do início da doença (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987a). Nesta perspectiva, o *recovery* é entendido como um resultado clínico e o foco da intervenção permanece no alívio dos sintomas como requisito para que as pessoas possam reiniciar uma vida activa e retomar os seus papéis e relações sociais. Geralmente as famílias e a maioria dos profissionais tendem a adoptar esta definição (Corrigan & Ralph, 2005), focalizando-se na melhoria de indicadores de resultados, como a remissão de sintomas conjugados com a concretização de objectivos em domínios como o emprego, a autonomia financeira ou a habitação, os quais podem ser objectivamente avaliados (Harding et al, 1987a; Sullivan, 1994).

Um outro entendimento é o que Deegan (1988) chamou a “*experiência vivida do recovery*”. Na perspectiva dos consumidores/sobreviventes, o *recovery* não corresponde a uma remissão dos sintomas, nem é sinónimo de cura. As pessoas que continuam a ter sintomas ou que os têm de forma recorrente podem ter vidas pessoalmente significativas e satisfatórias e contribuir de muitas formas para a sua comunidade. Por outro lado, o alívio desses sintomas não resulta necessariamente no restabelecimento de papéis e relações anteriores (Repper & Perkins, 2003). Em vez de se focalizarem na sintomatologia, as narrativas de *recovery* baseiam-se na convicção da competência pessoal para superar os desafios colocados pela doença mental, criar uma identidade mais valorizada e assumir o controlo sobre a sua vida (Chamberlin & Fisher, 2008).

O *recovery* não significa também um regresso das pessoas a um estado anterior à doença, na medida em que as experiências de tratamento, hospitalização, estigma e discriminação, associados com a sua doença mental, bem como o fortalecimento individual e as descobertas e os ganhos em vários domínios da vida, associados ao seu processo de *recovery*, constituem uma parte importante da sua existência (Chamberlin, 1978; Ralph, 2000). Neste sentido, a noção de *recovery* aproxima-se da utilizada pelas pessoas que foram vítimas de violência interpessoal, em que a violação, abuso sexual e violência doméstica são exemplos paradigmáticos. Estas são experiências traumáticas que deixam as pessoas e a sua visão do mundo mudadas para sempre (Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli, & Evans, 2005a). Neste campo, o *recovery* é um processo longo que implica a confrontação dos acontecimentos traumáticos, para que o seu impacto destrutivo seja minimizado (Herman, 1992; Ralph, 2000), sendo, simultaneamente, um processo de transformação e fortalecimento pessoal que permite passar de vítima a sobrevivente e recuperar o controlo sobre a vida (Davidson et al, 2005a), uma transformação que é semelhante nos processos de *recovery* da doença mental.

Esta noção de trajectória é comum nas descrições de *recovery*. O *recovery* não é uma experiência de transformação súbita, nem é alcançado com uma grande passada, mas com passos pequenos e concretos (Deegan, 1988; Ralph, 2005). Embora seja um processo evolutivo, o seu percurso não é perfeitamente linear. “*Por vezes o nosso rumo é errático e nós vacilamos, resvalamos, reagrupamos e começamos de novo*” (Deegan, 1988, p.15). Os retrocessos são aceites como parte do percurso e de um processo de aprendizagem, crescimento e fortalecimento pessoal (Chamberlin 1978; Cook & Jonikas, 2002). Mas, embora seja entendido como um processo, Ahern e Fisher (2002) defendem que este não é um processo interminável, mas que acontece numa determinada altura da vida.

O conceito de *recovery* proposto pelos consumidores/sobreviventes é também, sob vários aspectos, consistente com o conceito de *recovery* desenvolvido pelo movimento de ajuda-mútua dos Alcoólicos Anónimos e que se estendeu a todos os programas que aplicam os doze passos, como os Narcóticos Anónimos ou os Cocaínomanos Anónimos. Neste contexto, o *recovery* é entendido como um processo através do qual os participantes não apenas alcançam e mantêm a sobriedade, mas também resolvem os

problemas que a adição causou nas suas vidas, ao nível profissional, das relações pessoais, da identidade e confiança (Davidson et al, 2005a). Estar em *recovery* implica proteger a sobriedade e reassumir a responsabilidade e o controlo sobre a sua vida. A tónica colocada no poder dos testemunhos e da ajuda-mútua nos processos de *recovery* e no controle e autonomia das pessoas na resolução dos seus problemas e na promoção do seu bem-estar é consistente com as ideias de *recovery* dos consumidores/sobreviventes. Aliás, os primeiros grupos de ajuda-mútua das pessoas com experiência de doença mental foram inspirados no modelo dos AA.

Mas também existem divergências. O movimento de *recovery* dos AA e dos outros grupos congéneres focaliza-se no processo de transformação pessoal descontextualizado das questões sociais e políticas mais abrangentes (Rapping, 1996). Pelo contrário, o conceito de *recovery* desenvolvido pelos consumidores/sobreviventes traça um paralelo entre a mudança individual e social, sublinhando a natureza política do processo de *recovery*. Neste aspecto tem mais em comum com o movimento das mulheres e o movimento das pessoas com deficiência, focalizados na necessidade da transformação da sociedade.

O Movimento de Vida Independente, criado pelas pessoas com deficiências físicas (DeJong, 1979), define a deficiência como um problema social, na medida em que a sociedade exclui, intencional ou negligentemente, uma parte da população de muitos direitos, oportunidades e benefícios da cidadania plena (Jacobson, 2004). Neste contexto, o processo de *recovery* é eminentemente social, envolvendo a eliminação das barreiras, em sentido literal ou figurado, que são a causa da deficiência. O *recovery* da doença mental envolve também muito mais do que o *recovery* da doença em si mesma e é influenciado pelas características e oportunidades dos contextos e pela qualidade das relações e interações entre os indivíduos e os contextos envolventes. As pessoas com experiência de doença mental têm que recuperar dos efeitos da institucionalização e do estigma e isolamento sociais que ela provocou, da discriminação e perda de direitos, da falta de oportunidades de auto-determinação e de participação social (Davidson et al., 2005a). Tal como no Movimento da Vida Independente, o *recovery* tem uma dimensão social e política, para além da pessoal, envolvendo a defesa da cidadania e a necessidade de construir comunidades inclusivas.

A proliferação das narrativas de *recovery*, algumas das quais publicadas em jornais científicos, como o *Psychiatric Rehabilitation Journal* ou o *Schizophrenia Bulletin*, começaram a chamar a atenção da comunidade científica e das entidades de saúde mental. Por outro lado, a divulgação dos resultados de um número crescente de estudos empíricos longitudinais sobre a doença mental (Harding, et al, 1987b; DeSisto et al., 1995b; Warner, 1994) forneceu a evidência científica para sustentar que, ao contrário do que se pensava, uma grande percentagem das pessoas diagnosticadas com doença mental poderia recuperar totalmente ou melhorar significativamente ao longo do tempo.

2. Os Estudos Longitudinais

As concepções sobre a esquizofrenia que predominaram durante a maior parte do século XX foram marcadas por prognósticos de cronicidade e deterioração progressiva. Deste modo, entendia-se que a doença mental conduziria as pessoas para um percurso de crescente diminuição do seu funcionamento social e cognitivo (Calabrese & Corrigan, 2005; Harding, 2005). Na viragem do século XIX para o século XX, Emil Kraepelin (1902) estabeleceu esta visão sobre a evolução da doença ao designá-la por demência precoce. De acordo com Kraepelin (1902), a demência precoce era caracterizada por anormalidades graves do pensamento e do comportamento e por uma deterioração progressiva e inevitável, resultando numa demência profunda e irreversível. Com base no trabalho de Kraepelin, Eugene Bleuler (1911) classificou a demência precoce como um conjunto de esquizofrenias, termo que significa literalmente a fragmentação da mente e que traduz a sua concepção sobre a doença. Embora evidenciando a heterogeneidade encontrada entre os indivíduos diagnosticados com a doença, Bleuler manteve intocável a teoria do declínio inexorável de Kraepelin.

Apesar de referir que alguns destes doentes poderiam mostrar melhorias em termos de humor, comportamento e nalguns sintomas, Kraepelin (1902) entendeu que esses casos não deveriam ser considerados devido à incerteza do que poderiam significar estas aparentes melhoras. Deste modo, Kraepelin definia a deterioração inevitável como uma característica distintiva da doença, não porque todas as pessoas diagnosticadas se

deterioravam, mas porque as pessoas que recuperavam eram um enigma e não faziam sentido no quadro de uma teoria que entendia que a deterioração era inevitável (Jacobson, 2004).

As duas primeiras edições do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) da APA - American Psychiatric Association (1952, 1968) sancionaram a visão de Kraepelin e Bleuler nos seus critérios de diagnóstico, referindo que a evolução da doença seria marcada por um aumento progressivo da gravidade dos sintomas e deterioração. Os autores do DSM III (APA, 1980) acrescentaram que a remissão dos sintomas ou o regresso ao funcionamento anterior à doença é tão raro que provavelmente resultaria de um engano no diagnóstico inicial. Mesmo o DSM-IV (APA, 1994) indica que a completa remissão é altamente incomum e refere um percurso variável de exacerbações e remissões de sintomas para alguns doentes e um percurso crónico para a maioria.

A influência do pensamento de Kraepelin e a sua concepção sobre a doença mental permaneceram relativamente imutáveis na primeira metade do século XX, até que duas iniciativas independentes começaram a convergir numa visão alternativa da doença mental. Uma foi a emergência do movimento dos consumidores/sobreviventes, a que já fizemos referência, a outra foi o início da publicação de um conjunto de estudos longitudinais que desafiaram o legado de Kraepelin e Bleuler e as suas certezas sobre a deterioração progressiva e inevitável da esquizofrenia.

Estes estudos permitiram perceber que o “*curso da esquizofrenia é um processo mais complexo, dinâmico e heterogéneo do que outrora foi estimado ou vaticinado pela especificidade do diagnóstico*” (Strauss & Harding, 1984, p.349) e evidenciaram que os processos de *recovery* são frequentes (Bleuler, 1978; Ciompi, 1980; DeSisto et al., 1995; Harding et al., 1987b; Huber, Gross, & Schuttler, 1975; Marneros, Deister, Rohde, Steinmeyer, & Junemann, 1989; McGlashan, 1984; Ogawa et al, 1987; Sartorius, Gulbinat, Harrison, Laska, & Siegel, 1996; Tsuang & Winokur, 1975).

O critério de *recovery* adoptado na generalidade destes estudos traduzia-se por não ter mais sintomas, não utilizar medicação psiquiátrica, viver autonomamente na comunidade, trabalhar e ter relações sociais estáveis, sem comportamentos que

pudessem ser considerados bizarros ou estranhos (Harding et al., 1987a). No seu conjunto, os resultados revelaram que, em média, cerca de um terço das pessoas já não utilizava serviços de saúde mental e tinha uma vida pessoal e profissional estável. Cerca de um terço tinha alcançado níveis de funcionamento social semelhantes, mas com o apoio do sistema de saúde mental. Cerca de um terço das pessoas apresentava um percurso ondulante, com períodos de relativa remissão e, entre estas, apenas um terço (ou seja 10% do total) recorria a internamentos frequentes e periódicos (Corrigan & Ralph, 2005), resultados muito diferentes do que Kraepelin tinha anteriormente vaticinado. Neste capítulo apresentamos de forma resumida 15 dos estudos longitudinais, publicados entre 1972 e 1996.

1. O Estudo do Hospital de Burghölzli (Suíça)

O primeiro estudo longitudinal foi realizado por Manfred Bleuler (1978), filho de Eugen Bleuler, em Zurique, na Suíça. M. Bleuler acompanhou uma amostra constituída por 208 pessoas com doença mental, admitidas pela primeira vez ou readmitidas no Hospital de Burghölzli, entre 1942 e 1943 e manteve o *follow-up* nas duas décadas seguintes, independentemente se os doentes continuavam ou não em tratamento. A inclusão na amostra obedecia ao critério de diagnóstico, pelo que só foram incluídas as pessoas com um diagnóstico de psicose esquizofrénica. Por outro lado, o critério de avaliação de resultados foi baseado num estágio final que Bleuler definiu como um estado de funcionamento estável pelo menos nos últimos 5 anos e de desempenho social ao nível do emprego, independência do sistema de cuidados de saúde e viver em ambientes não institucionais. De acordo com este critério, 53% de todos os participantes no estudo e 66% dos participantes do grupo das primeiras admissões foram considerados *recovered* ou significativamente melhores. 23% do grupo das primeiras admissões e 20% do total dos participantes foram considerados como tendo completamente recuperado. Não foi observada nenhuma incapacidade social em 46% do grupo no seu conjunto e em 59% dos membros da amostra das primeiras admissões.

2. O Estudo de Hinterhuber (Áustria)

O estudo desenvolvido na Clínica Psiquiátrica de Innsbruck, na Áustria (Hinterhuber, 1973, citado por Harding, 2005), realizou um *follow-up* de um grupo de 157 pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e que tinham tido o seu primeiro internamento entre 1930 e 1940. Ao fim de um período de 30 anos, os dados obtidos através de questionários e entrevistas com os participantes ou com os seus familiares permitiram observar que 50% dos participantes não estava a utilizar nenhum tipo de tratamento. Ao nível da sintomatologia psiquiátrica, 29,2% dos participantes apresentavam uma remissão total dos sintomas e 45,65 tinha melhorado significativamente. Ao nível do funcionamento social, 77% dos participantes tinha um emprego a tempo inteiro.

3. O Estudo de Iowa 500 (EUA)

O primeiro estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos foi o Estudo 500 de Iowa (Tsuang & Winokur, 1975). Este estudo realizou um *follow-up* de 186 pessoas com esquizofrenia que tinham sido admitidos no Hospital Psiquiátrico do Estado de Iowa, entre 1930 e 1940. Os resultados foram avaliados em quatro domínios: o estado civil, a situação residencial, laboral e psiquiátrica, através duma escala que classificava os resultados como bons, médios e fracos. No final do estudo, cerca de 35 anos depois do internamento de sinalização, concluiu-se que 46% dos participantes tinham recuperado ou melhorado consideravelmente, sendo que 20% não apresentavam quaisquer sintomas. Por outro lado, 35% dos participantes tinham um emprego ou estavam reformados do seu trabalho devido à idade e 34% vivia de forma autónoma na sua própria casa.

4. O Estudo do Hospital de Bona (Alemanha)

O estudo realizado por Huber, Gross e Schuttler (1975) avaliou longitudinalmente, num período de 22 anos, 502 pessoas com esquizofrenia que tinham sido admitidas no Hospital Psiquiátrico de Bona, na Alemanha, entre 1954 e 1959. Os resultados foram avaliados tendo em conta indicadores relativos à psicopatologia e funcionamento social. Os investigadores registaram que 65% dos participantes tinha recuperado ou melhorado significativamente, tendo 22% apresentado uma remissão total dos sintomas. Em

relação ao funcionamento social, 87% dos participantes viviam na sua própria casa e 56% tinham um emprego a tempo inteiro, resultados que consideraram notáveis na medida em que apenas 13% tinha participado num programa de reabilitação fora do hospital. Huber et al. (1979) escreveu: “*A esquizofrenia não parece ser uma doença de deterioração lenta e progressiva. Mesmo na segunda e terceira década da doença, existe ainda um potencial para o recovery total ou parcial*” (p.595).

5. O Estudo de Lausanne (Suíça)

O estudo de Lausanne, realizado na década de 1970, por Ciompi e Muller (Ciompi, 1980) acompanhou 289 participantes, durante 37 anos, sendo o mais longo estudo longitudinal. O critério para a inclusão dos participantes neste estudo foi o diagnóstico de esquizofrenia na primeira hospitalização na Clínica Psiquiátrica Universitária. Os resultados foram avaliados tendo em conta o critério de estado-final de M. Bleuler (1978), entendido como um funcionamento estável nos últimos 5 anos. Os dados foram obtidos através de registo e entrevistas com os participantes, familiares e profissionais. No final do estudo, os investigadores consideraram que 27% dos participantes tinham alcançado um estado-final estável de *recovery*, 22% encontravam significativamente melhores e apenas cerca de 20% apresentavam sintomas inalterados ou mais graves (Ciompi, 1980), concluindo que a evolução da esquizofrenia não se traduzia num processo predominantemente desfavorável e de deterioração.

6. O Estudo de Kreditor (Lituânia)

Numa recensão sobre estudos longitudinais, Harding (2005) refere um estudo realizado por Kreditor (1977, citado por Harding, 2005) que acompanhou, por um período de 20 anos, 115 pessoas com esquizofrenia, em cinco regiões da Lituânia. O critério de avaliação dos resultados baseava-se na sintomatologia psiquiátrica. Kreditor (1977, citado por Harding, 2005) observou que 84% dos participantes teve remissões por períodos de tempo prolongados, incluindo 39% que apresentavam remissões entre 20 a 40 anos.

7. O Estudo Longitudinal de Marinow (Bulgária)

Um outro estudo, referido no mesmo artigo de Harding (2005), foi realizado na Bulgária, por Marinow (1986, citado em Harding, 2005), o qual acompanhou 280

peessoas com esquizofrenia que tinham tido alta do hospital, entre 1946 e 1950, por um período de duas décadas. Os participantes foram avaliados de cinco em cinco anos. Os critérios para a avaliação dos resultados consistiam numa combinação de indicadores ao nível da sintomatologia psiquiátrica e do funcionamento social e profissional. Os resultados revelaram que 50% dos participantes tinha recuperado e aproximadamente 25% tinha melhorado.

8. O Estudo do Chestnut Lodge (EUA)

O estudo de Chestnut Lodge (McGlashan, 1984) avaliou, num *follow-up* de cerca de 15 anos, 446 pessoas com esquizofrenia que tinham estado internadas ou em tratamento nesse hospital psiquiátrico particular entre 1950 e 1975. Os resultados foram avaliados com base em variáveis como a sintomatologia, o número de internamentos, a situação face ao emprego, o envolvimento em actividades sociais e a vida familiar e classificados numa escala de cinco pontos. McGlashan (1984) concluiu que 36% dos participantes tinha recuperado, não apresentando sintomas ou necessidade de tratamento, ou revelando um funcionamento social adequado. Neste grupo incluíam-se participantes cuja situação psiquiátrica tinha anteriormente sido considerada como muito grave, crónica e sem esperança de recuperação.

9. O Estudo Longitudinal Japonês (Japão)

O estudo realizado no Hospital Universitário Gumma (Ogawa et al, 1987) acompanhou 105 pessoas com um diagnóstico de esquizofrenia, durante um período de 21 a 27 anos. Os participantes tinham tido alta do Hospital entre 1958 e 1962, tendo-lhes sido disponibilizado, nessa altura, um conjunto de serviços que incluía, para além do tratamento, apoio psicológico e gestão de casos. A avaliação dos resultados teve por base a remissão dos sintomas e os índices de funcionamento social. Ao nível da sintomatologia, os resultados revelaram que 31% dos participantes tinha recuperado e 46% melhorado significativamente. Ao nível do funcionamento social os resultados eram ainda mais significativos, tendo-se considerado que 57% dos participantes eram completamente “auto-suficientes”, o que se traduzia no facto de terem um emprego, viverem na sua própria casa e terem uma vida social e familiar normal (Ogawa et al., 1987).

10. O Estudo Longitudinal de Colónia (Alemanha)

O estudo longitudinal de Colónia (Marneros et al, 1989) acompanhou 249 pessoas com doença mental, entre as quais 148 pessoas com esquizofrenia, durante cerca de 25 anos. Os investigadores utilizaram diversos instrumentos de avaliação, como a *Global Assessment Scale* e a *Disability Assessment Schedule* e tiveram como referência as categorias utilizadas por Huber e colegas (1980) ao nível da sintomatologia psiquiátrica. Os resultados do estudo apontaram para uma completa remissão dos sintomas em 6,8% dos participantes e para uma remissão dos sintomas psicóticos em 51,4% dos participantes. Ao nível do funcionamento social, cerca de 33,5% dos participantes obteve resultados que indicavam um excelente ajustamento.

11. O Estudo Longitudinal de Vermont (EUA)

O estudo de Vermont (Harding et al., 1987a; Harding et al., 1987b) foi o mais longo estudo sobre doentes desinstitucionalizados realizado nos EUA e um dos estudos mais longos sobre a esquizofrenia, tendo seguido longitudinalmente um grupo de 269 pessoas com esquizofrenia em média 32 anos, variando entre os 22 e os 62 anos, após a primeira admissão. Na altura da selecção da amostra, em 1950, os participantes tinham, em média, 16 anos de percurso psiquiátrico e estavam internados no Hospital de Vermont há 5 ou mais anos, sendo considerados como as situações de doença mais grave e persistente comparativamente ao conjunto de doentes que recebiam tratamento nessa instituição (Harding et al., 1987b).

Uma das características distintivas deste estudo, foi o facto dos participantes terem tido a oportunidade de participar num programa de reabilitação no hospital que incluía o treino de actividades de vida diária, de competências sociais e gestão da medicação e terem sido desinstitucionalizados através de um processo planeado, com apoios comunitários a nível residencial e vocacional, tendo em vista a sua integração. Os dados foram recolhidos através da utilização de uma bateria de instrumentos compreensiva e de entrevistas estruturadas a familiares e profissionais. Os resultados do estudo indicaram que 68% dos participantes encaixavam nos critérios de *recovery* ou de melhoras significativas, tendo 34% dos participantes sido considerados completamente recuperados quer em termos da sua situação psiquiátrica, quer em termos do seu

funcionamento social e os outros 34% apresentado melhorias significativas. Deste grupo, 45% dos participantes apresentava uma remissão total de sintomas.

12. O Estudo Comparativo entre Maine e Vermont (EUA)

O estudo americano mais recente foi realizado em Maine (DeSisto et al., 1995a, Desisto et al, 1995b). Este estudo envolveu 269 participantes com esquizofrenia e realizou uma análise comparativa com os resultados da investigação de Vermont. A média do *follow-up* foi de 36 anos. Procurou-se que a amostra fosse em tudo semelhante à do estudo de Vermont, em termos do número de participantes, sexo, idade, diagnóstico e tempo de internamento. Do mesmo modo, foram utilizados os mesmos protocolos de investigação que o estudo anterior de Vermont.

A grande diferença entre os dois estudos consistiu no facto de, ao contrário do que tinha acontecido em Vermont, os participantes do Maine não terem participado em nenhum programa de reabilitação, nem beneficiado de apoios comunitários após a alta, recebendo apenas os serviços tradicionais de tratamento. Comparativamente, os resultados demonstraram que os participantes de Vermont apresentavam resultados mais positivos, com menos sintomatologia e índices mais elevados de ajustamento comunitário e funcionamento global do que os participantes do Maine. De acordo com os autores (DeSisto et al., 1995b), as diferenças nos resultados são atribuídas ao programa de reabilitação e aos serviços comunitários de suporte residencial, social e vocacional disponibilizados em Vermont, os quais facilitaram a adaptação dos participantes à vida na comunidade. Apesar da inexistência de serviços na comunidade, 49% dos participantes do Maine encaixavam nos critérios de *recovery* e melhoras significativas.

13. Os Estudos Internacionais sobre a Esquizofrenia da OMS

Os estudos longitudinais internacionais sobre esquizofrenia, realizados pela OMS, procuraram comparar e identificar os contrastes entre culturas e como essas diferenças culturais podem influenciar os processos de *recovery* da doença mental. O Estudo Piloto Internacional sobre a esquizofrenia (WHO, 1973, 1979) envolveu 1.202 pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, em nove países, revelando alguns dados surpreendentes, já que os resultados de *recovery* foram melhores para as pessoas nas

sociedades em desenvolvimento (Colômbia, Índia e Nigéria) do que para as pessoas em sociedades desenvolvidas (Estados Unidos, Inglaterra, Rússia, Checoslováquia e Dinamarca). No conjunto, 52% dos participantes nos países em desenvolvimento eram classificados na melhor categoria de resultado (definida como apenas um episódio inicial, seguido pela remissão total ou parcial) comparado com 39% nos países desenvolvidos (WHO, 1973, 1979).

Tendo em conta as perplexidades e as dúvidas sobre o rigor metodológico e os critérios de diagnóstico (Calabrese & Corrigan, 2005), a OMS realizou um novo estudo, em 10 países, intitulado Determinantes do Resultado da Doença Mental Grave (Jablensky, Sartorius, Ernberg, Ankar, Korten e Cooper, 1992), utilizando critérios e procedimentos mais rigorosos. Os resultados do *follow-up* indicaram que 56% das pessoas nos países em desenvolvimento estavam na melhor categoria de resultado, contra 39% nos países desenvolvidos (Jablensky et al., 1992).

Também o Estudo Internacional sobre Esquizofrenia (Sartorius et al., 1996) que envolveu 1.633 pessoas com diagnosticadas com esquizofrenia, de 14 países, confirmou as conclusões dos estudos anteriores. Apesar da consistência dos resultados encontrados entre os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos, estes estudos não aprofundaram a sua análise sobre como as diferenças culturais influenciam os processos de *recovery*. No entanto, alguns factores poderão ajudar a explicar as diferenças nas taxas de *recovery*, nomeadamente as diferenças nas estruturas familiares, nas práticas religiosas e médicas, nos níveis de tolerância e aceitação da diferença, nas oportunidades de reintegração social e de emprego e nos níveis de suporte social (Lin & Kleinman, 1988; Loveland, Randall & Corrigan, 2005). Para além das diferenças entre os vários países, os resultados destes estudos, no seu conjunto, evidenciaram que existe uma percentagem muito significativa de pessoas que recuperam da doença mental.

O quadro 1 resume os resultados em termos de *recovery* e de melhoria dos estudos longitudinais apresentados anteriormente. Estes estudos proporcionam uma nova visão sobre a doença mental, revelando que os diagnósticos não são um rótulo para o resto da vida, mas precisam ser revistos e, em muitos casos, abandonados (Harding, 2005).

Quadro 1 – Estudos Longitudinais sobre a Esquizofrenia			
Estudo	Tamanho da amostra (n)	Duração média (anos)	Porcentagem de pessoas que <i>recovered</i> ou melhoraram significativamente*
M. Bleurer, 1972/1978, Suíça	208	23	53-68
Hinterhuber, 1973, Austria	157	30	75
Tsuang et al., 1979, EUA	200	35	46
Huber et al., 1975, Alemanha	502	22	65
Ciompi & Müller, 1976, Suíça	289	37	49
Kreditor, 1977, Lituânia	115	20+	84
Marinow, 1986, Bulgária	280	20	75
McGlashan, 1984, EUA	446	15	36
Ogawa et al., 1987, Japão	140	22,5	77
Marneros et al., 1989, Alemanha	249	25	58
Harding et al., 1987b, 1987c, EUA	269	32	68
DeSisto et al., 1995a, 1995b, EUA	269	35	49

* **NOTA:** *Recovery* = não ter mais sintomas, não utilizar medicação psiquiátrica, viver autonomamente na comunidade, trabalhar e ter relações sociais estáveis, sem comportamentos que possam ser considerados bizarros ou estranhos; Significativamente melhor = igual ao anterior, mas não em todos os domínios de funcionamento.

As diferenças encontradas nos resultados dos diversos estudos advêm das variações metodológicas utilizadas: duração do estudo, instrumentos de recolha de dados, percurso psiquiátrico dos participantes, critérios de diagnóstico, critérios de *recovery*, bem como da diversidade dos contextos históricos, sociais e culturais em que foram realizados. Estas diferenças levaram alguns académicos a considerar que as amostras são tão diferentes que não podem ser comparadas (Calabrese & Corrigan, 2005). Contudo, estas diferenças não invalidam a importância das descobertas e a robustez dos resultados, mostrando que o *recovery* é um resultado mais frequente do que seria expectável e que 50% a 60% dos participantes reconstruíram as suas vidas, mesmo face a crenças persistentes de que isso seria impossível.

II. Estudos Qualitativos

3. A Diversidade do Recovery

A melhor forma de compreender o *recovery* é partir das narrativas das pessoas com experiência de doença mental e das suas experiências vividas e pessoais de *recovery*. Estas narrativas são de uma riqueza imensa, apresentando uma diversidade de definições de *recovery* e de descrições das estratégias, suportes e actividades que facilitaram e promoveram esse processo. A análise conceptual das narrativas e os estudos colaborativos e qualitativos têm possibilitado um aprofundamento da compreensão deste processo, a partir das experiências subjectivas dos consumidores/sobreviventes.

Jacobson (2001) analisou 30 narrativas de *recovery*, procurando compreender como as pessoas conceptualizavam o problema e definiam as soluções e fontes de suporte que tinham sido importantes no seu percurso de *recovery*. Da análise das várias narrativas, a autora identifica 6 modelos explicativos que os consumidores/sobreviventes utilizam para descrever as suas experiências.

Modelo Biológico: Neste modelo as pessoas consideram que têm uma doença de origem genética que interfere com as suas capacidades cognitivas e de funcionamento social e com a manutenção das suas actividades na comunidade. O *recovery* é um processo de compreensão e integração da doença apenas como uma das dimensões das suas vidas. O *recovery* é facilitado por profissionais que trabalhem colaborativamente na identificação do tratamento mais eficaz e pelo envolvimento em actividades significativas.

Modelo do Abuso ou Trauma: Para outras pessoas o problema consiste na experiência de um trauma ou abuso (frequentemente abuso sexual infantil). O sofrimento causado por esses acontecimentos leva-as a perder o seu sentimento de identidade e ter comportamentos considerados desviantes. Quando esta desviância as conduz para o sistema de saúde mental, este torna-se uma nova fonte de abuso ou trauma. O *recovery* é um processo de mudança interior e de recuperação do controlo sobre as suas vidas. O *recovery* requer o afastamento das pessoas e situações destrutivas (incluindo o sistema

de saúde mental) e a ligação com pessoas que os apoiem nesse processo de fortalecimento pessoal.

Modelo Biológico e Ambiental: Neste modelo a doença mental resulta da combinação de uma propensão biológica de vulnerabilidade e da vivência de situações de grande stress. O *recovery* envolve o desenvolvimento de estratégias de cuidados pessoais, gestão da vida diária e de prevenção de situações de stress, bem como o desenvolvimento de objectivos e o envolvimento em actividades significativas, como a ajuda inter-pares. Os profissionais ou membros da família que têm uma atitude de esperança e respeitam a auto-determinação e as decisões das pessoas em *recovery*, são fontes de apoio importantes.

Modelo Espiritual e Filosófico: Algumas pessoas definem os seus problemas como uma crise espiritual ou filosófica que a sociedade rotula de doença mental, embora essa designação não represente a realidade. A intervenção do sistema, especialmente a medicação, não é considerada útil pois impede a capacidade das pessoas de encontrar as respostas que as ajudarão a resolver a sua crise. O *recovery* é um processo de procura e descoberta da sabedoria e compaixão, facilitado pelo contacto com determinadas fontes de iluminação, sejam elas de natureza espiritual ou filosófica.

Modelo Político: Neste modelo o sistema de saúde mental é o problema. O sistema é considerado como um mecanismo de controlo social das pessoas marginalizadas, privando-as dos seus direitos humanos e civis. O *recovery* é um processo de politização, através do qual as pessoas aprendem a colocar as suas experiências num contexto mais vasto de poder e falta de poder e, em conjunto com outros *sobreviventes da psiquiatria*, a transformar a sua raiva em acções políticas de combate à hegemonia do sistema, de defesa de direitos e de mudança social. Os pares e as organizações de ajuda-mútua são as principais fontes de suporte no processo de *recovery*.

O Modelo Spirit-breaking: Neste modelo, o problema é o processo de desumanização que resulta dos prognósticos de cronicidade e incapacidade que destroem todos os sonhos e perspectivas de futuro. O *recovery* envolve esperança, coragem e determinação para enfrentar os desafios diários e reiniciar uma vida significativa, para além dos limites da doença. O apoio e encorajamento dos familiares, amigos e dos pares são

valorizados. O sistema de saúde mental passa a ser considerado como um instrumento que as pessoas podem utilizar como, quando e se acharem útil.

Os modelos explicativos apresentados constituem uma simplificação analítica, já que a maioria dos consumidores/sobreviventes utiliza modelos mistos para descrever as suas experiências (Jacobson, 2001). Apesar da diversidade, os relatos de *recovery* partilham uma narrativa central comum. Esta narrativa central começa com a descrição da época em que as pessoas se sentiam desanimadas pela perspectiva de uma doença crónica e incapacitante, para, em seguida, descrever o modo como lidaram com os desafios colocados pela doença e conseguiram recuperar o controlo sobre a sua vida e retomar papéis sociais e actividades pessoalmente significativas. Compreender a singularidade do processo e as suas dimensões comuns é fundamental para desenvolver serviços e suportes que possam facilitar os percursos de *recovery* e que sejam sensíveis aos diferentes valores, objectivos e experiências das pessoas com doença mental.

4. As Dimensões Comuns dos Processos de Recovery

As narrativas de *recovery* partilham muitos temas importantes. Ridgway (2001) analisou e comparou as narrativas de quatro mulheres com experiência de doença mental e *recovery* e identificou oito temas comuns: o *recovery* é o ressurgir da esperança depois do desespero; o *recovery* é compreender e enfrentar os desafios; o *recovery* é passar do afastamento para o envolvimento e participação activa na vida; o *recovery* é desenvolver estratégias para lidar e ultrapassar os limites da doença, em vez de um ajustamento passivo; o *recovery* significa deixar de ver-se a si mesmo unicamente como um doente mental e reclamar uma identidade mais positiva e valorizada; o *recovery* é uma caminhada da alienação para um propósito; o *recovery* é uma viagem complexa; o *recovery* não é alcançado de forma isolada mas envolve apoio e parceria.

Diversos estudos qualitativos concluíram que, embora o processo de *recovery* seja diferente de pessoa para pessoa, é possível identificar dimensões fundamentais que são comuns: a esperança em relação ao futuro e a determinação pessoal para com o processo de *recovery*; adoptar estilos de vida saudáveis e aprender a gerir os sintomas e

dificuldades; vencer o estigma e estabelecer e diversificar as ligações e as relações sociais; estabelecer objectivos pessoais e ter o apoio de outros que acreditem e não desistem deles; readquirir papéis sociais valorizados e exercer a cidadania; e o *empowerment* em que o fortalecimento interno e a assunção do controlo pela sua própria vida se combina com actividades de ajuda-mútua, *advocacy* e de participação comunitária (Davidson, 2003; Davidson, Sells, Sangster, & O'Connell, 2005b; Fisher & Deegan, 1998; Jacobson & Greenley, 2001; Onken et al., 2002; Ralph, 2000).

Esperança e determinação pessoal

A esperança é uma componente fundamental do *recovery*. As pessoas precisam voltar a acreditar nelas próprias e no seu futuro para iniciarem o seu percurso de *recovery* (Davidson et al., 2005b; Fisher & Deegan, 1998; Ralph, 2000; Ridgway, 2001; Young & Ensing, 1999). Geralmente, com o diagnóstico de doença mental surge um período em que as pessoas se sentem impotentes e desamparadas, como se um abismo intransponível as separasse, para sempre, do futuro com que tinham sonhado. Deegan (1999) refere que nessas circunstâncias “*desistir parece ser a única solução*” (p.69).

O *recovery* caracteriza-se pela renovação da esperança. Os indicadores de *recovery* desenvolvidos pelos consumidores de Ohio (Ralph, Lambric, & Steele, 1996) incluem factores como a capacidade para ter esperança, confiar nos próprios pensamentos, apreciar o ambiente, sentir-se alerta e vivo, saber que se tem um amanhã e o aumento da espiritualidade. No processo de *recovery*, as pessoas começam a acreditar que são capazes de retomar a condução das suas vidas, ter amigos, um emprego e um lugar na sociedade (Fisher & Deegan, 1998). Este sentimento pode advir da espiritualidade, referida como um pilar de muitos percursos de *recovery* (Allot & Loganathan, 2002), ou de alguém da rede natural de suporte ou da rede de suporte informal.

É este sentimento de esperança, auto-confiança e de expectativa face ao futuro que impulsiona as pessoas a estabelecer novos objectivos e metas e a dar passos nessa direcção. A maioria dos consumidores/sobreviventes sublinha que este é um processo que requer um compromisso permanente e determinação pessoal (Deegan, 1998; Ralph, 2000). Como refere Leete (1989) “(...) *podemos afirmar o nosso valor pessoal, a nossa dignidade e a nossa autonomia. Se confrontarmos a nossa doença com coragem e lutarmos com os nossos sintomas de forma persistente, podemos gerir com sucesso a*

nossa vida e contribuir com os nossos talentos para a sociedade, a sociedade que tradicionalmente nos abandonou” (p. 200).

Novo sentimento de identidade

Um dos aspectos mais emblemáticos do processo de *recovery* é a reaquisição de um sentimento de identidade pessoal para além da doença mental (Ahern & Fisher, 2002; Davidson, 2003; Deegan, 1999; Ridgway, 2001; Young & Ensing, 1999). Na fase anterior ao *recovery*, muitos consumidores/sobreviventes referem que se sentiam completamente submersos na sua doença, tratados e definidos como se fossem apenas o seu diagnóstico, chegando a ver-se a eles próprios quase exclusivamente em termos dos seus problemas psiquiátricos. Unzicker (1989) descreve esse período como “*uma época de comprimidos, psiquiatras, rótulos e falta de poder*” (p.71). Durante um tempo, as pessoas perdem o sentido das suas forças e personalidade e experimentam uma perda profunda de auto-estima, assumindo o papel e a identidade de doente mental (Allot & Loganathan, 2002; Estroff, 1989; Ridgway, 2001). Este papel é reforçado por um sistema de saúde mental, historicamente, caracterizado por profundas assimetrias de poder, diminuir o nível de expectativas pessoais e promover a passividade e a resignação. Um estudo sobre o impacto do contexto hospitalar na auto-imagem das pessoas com experiência de doença mental concluiu que a frequência e a duração dos internamentos psiquiátricos são determinantes para a adopção de uma identidade de doente mental (Lally, 1989). Ao nível do contexto social mais abrangente, os processos implícitos e explícitos de estigma têm também um efeito devastador na identidade das pessoas (Barham & Hayward, 1998; Corrigan & Kleinlein, 2005).

Com o processo de *recovery*, as pessoas desenvolvem um sentimento de identidade pessoal mais positivo. Isto envolve reconceptualizar a doença como apenas uma dimensão de uma identidade multi-facetada (Davidson et al., 2005b; Sullivan, 1994; Young & Ensing, 1999). Como Ahern & Fisher (2002) referem: “*Precisamos deixar para trás a identidade fragmentada e isolada do doente mental e readquirir o sentimento de um ser humano completo. Esta identidade positiva é importante para o recovery e para readquirir um lugar na sociedade*” (pg. 10). Com base em diversos estudos qualitativos, Davidson (2003; Davidson et al, 2005b) procurou compreender os processos de reconstrução da identidade e o seu papel na promoção do *recovery*. Este processo ocorre através da descoberta das capacidades individuais, do envolvimento em

actividades significativas que permitam validar e descobrir novos interesses e talentos e do desenvolvimento de relações sociais valorizadas e *empowering*. Estas experiências de vida fora da doença mental (Davidson, 2003) contribuem para o aumento da resiliência, da percepção da auto-eficácia e fortalecimento e valorização da identidade pessoal (Ahern & Fisher, 2002; Davidson et al, 2005b).

Envolvimento em actividades significativas

O *recovery* não acontece num vácuo. O envolvimento em actividades significativas e o desenvolvimento de papéis sociais valorizados são dimensões cruciais (Ahern & Fisher, 2002; Onken et al., Young & Ensing, 1999). Antes do *recovery*, a maioria dos consumidores/sobreviventes falam de um período de extremo isolamento social e inactividade (Ridgway, 2001). Algumas pessoas ligam o seu afastamento a um sentimento de vergonha, inutilidade e medo (Charmaz, 1983; Lovejoy, 1982). Muitas pessoas foram segregadas socialmente em serviços fechados e alienantes (Deegan, 1999; Unzicker, 1989). Outras referem que os profissionais as desencorajaram a regressar à vida académica ou a iniciar um trabalho (Davidson et al., 2005b; Lovejoy, 1982).

No processo de *recovery*, as pessoas procuram quebrar o isolamento, envolvendo-se em actividades na comunidade e reassumir papéis sociais significativos ao nível familiar, profissional e social. O emprego, a escola, as organizações de ajuda-mútua, de bairro ou religiosas são contextos que promovem a valorização pessoal, as relações interpessoais, o exercício de papéis sociais relevantes e as oportunidades de contribuir para os outros e para a comunidade. Os processos de participação social fortalecem a identidade e o estatuto social dos consumidores/sobreviventes e fomentam o seu sentimento de pertença à comunidade, constituindo também, deste modo, um mecanismo de combate ao estigma e à discriminação (Ahern & Fisher, 2002; Corrigan & Kleinlein, 2005; Ridgway, 2001).

Estratégias pessoais de bem-estar

O bem-estar é um conceito central do *recovery*. Embora a remissão completa dos sintomas não seja uma condição para o *recovery*, as pessoas referem que a capacidade de gerir os sintomas é, de algum modo, essencial para assumirem um papel activo no

seu *recovery* (Davidson et al., 2005b; Mead & Copeland, 2000). Contudo, o bem-estar não se restringe à gestão de sintomas, mas engloba o desenvolvimento de recursos pessoais para lidar com os desafios diários e promover a saúde física e mental. No processo de *recovery* as pessoas tornam-se peritas dos seus cuidados de saúde e aprendem a utilizar um conjunto de estratégias que as ajuda a manter o bem-estar. Fisher (1998) estabelece a diferença entre a auto-gestão dos cuidados e os planos de tratamento: *“a auto-gestão dos cuidados é dirigida pelos consumidores, envolve vários níveis, é planeada com base nas potencialidades para ajudar genuinamente as pessoas a ganharem um papel relevante na sociedade. Este planeamento contrasta com o planeamento de tratamento baseado na manutenção, o qual é por natureza dirigido por profissionais para corrigir a patologia”* (p.37).

Os métodos utilizados diferem de pessoa para pessoa. Algumas pessoas podem considerar que a medicação é útil, mas aprendem a utilizá-la de uma forma informada, voluntária, como um instrumento, entre muitos, para o *recovery* (Ahern & Fisher, 2002). Outros têm optado por métodos de saúde holísticos, como a meditação e a relaxação (Knight, 1993) ou a adopção de estilos de vida saudáveis, incorporando nos seus hábitos diários o exercício físico e bons padrões de descanso e nutrição (Houghton, 1982). O apoio dos amigos e dos pares, o trabalho, as actividades criativas, os passeios ou a espiritualidade também são suportes importantes e ajudam as pessoas a sentirem-se bem e saudáveis (Deegan, 1993; Copeland, 2002).

Assumir a responsabilidade pessoal pelo bem-estar requer uma maior consciência das fontes de stress e dos recursos internos e externos que facilitam o *recovery*. Vários consumidores/sobreviventes desenvolveram planos de bem-estar, manuais e guias de auto-ajuda. Alguns desses recursos ensinam técnicas para lidar e controlar as vozes que são perturbadoras (Deegan, 1995; Coleman & Smith, 1997). Um dos instrumentos mais difundidos foi desenvolvido por Copeland (2002), a partir da sua experiência pessoal e dos contributos de outros consumidores/sobreviventes que com ela partilharam as suas ideias. O WRAP – *Wellness Recovery Action Plan* – é um guia de auto-ajuda que sugere várias estratégias de bem-estar e fornece informação sobre como identificar fontes de stress e sinais de alerta, como elaborar planos individuais e de crise e como fortalecer a rede de suporte pessoal.

Empowerment

O *recovery* é um processo que assenta na primazia da auto-determinação, *empowerment* e liberdade individual (Ahern & Fisher, 1999; Chamberlin, 1997; Deegan, 1997; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Ralph, 2000). Os consumidores/sobreviventes descrevem frequentemente como os profissionais e o sistema de saúde mental os ensinam a ver-se a eles próprios como incapazes de tomar decisões e de quem os outros terão que tomar conta para sempre, retirando-lhes a responsabilidade por todos os seus problemas e pelas suas soluções (Ahern & Fisher, 2002; Ridgway, 2001). Lovejoy (1982) refere que o controlo e o poder dos profissionais abalam a confiança e a coragem das pessoas e produzem um sentimento de impotência. Isto traduz o que Deegan (1997) designou como a “quebra do espírito” e que acontece “*em qualquer lugar no qual estejam pessoas com poder e pessoas que foram despojadas do poder para dirigir as suas vidas e fazer as suas escolhas*” (pg. 353).

O *recovery* implica a reacquirição da auto-confiança e que as pessoas retomem a condução do seu percurso de vida (Chamberlin, 1997; Deegan 1997). A auto-determinação assenta na liberdade para tomar decisões fundamentais como, por exemplo, onde viver, como passar o tempo, onde trabalhar, com quem se relacionar e sobre o tipo de suportes e serviços que necessitam e consideram mais adequados. Como parte do percurso de *recovery* as pessoas recomeçam a estabelecer objectivos e prioridades, a tomar decisões e a fazer as suas escolhas, assumindo os riscos de experimentar coisas novas e a responsabilidade pela condução da sua vida. Retomar o controlo sobre a sua vida ajuda a reduzir os sentimentos de abandono e percepção da vitimização, ao mesmo tempo que aumenta o sentimento pessoal de auto-eficácia (Fisher, 1994; Lovejoy, 1982; Walsh, 1996).

O *empowerment* inclui também uma dimensão social e política. Com o rótulo de doente mental surge a discriminação e a perda de direitos. As pessoas podem perder os seus bens, a custódia dos seus filhos, a sua privacidade e ver as suas oportunidades de participação social significativamente reduzidas (Ahern & Fisher, 1999). Existem várias barreiras legislativas, materiais e de atitudes à plena participação na vida cívica das pessoas com experiência de doença mental (Rowe, 1999). Retomar o papel de cidadãos requer o combate à discriminação e a defesa de direitos e políticas que promovam a igualdade de tratamento face à lei e a igualdade de oportunidades no acesso aos recursos

e à plena participação na vida comunitária. Por outro lado, o próprio envolvimento na defesa cívica e na acção política tem sido um factor importante nos processos de *recovery* de muitos consumidores/sobreviventes (Jacobson & Curtis, 2000).

Suporte social

O *recovery* não é um processo solitário, mas envolve o apoio de outras pessoas. Os consumidores/sobreviventes referem a importância de terem alguém que acreditam que eles podem *recover* da sua doença mental e não desistem deles (Beale & Lambric, 1995; Deegan, 1988; DeMasi, Markowitz, Videka-Sherman, Sofka, Knight, Carpinello, 1996; Ahern & Fisher, 1999). A família, os amigos e outros apoios naturais podem ser fontes importantes de suporte e de esperança, encorajando nos momentos difíceis e ajudando a celebrar os bons momentos. Deegan (1988) sublinhou a importância do apoio e carinho dos familiares e amigos: *“quando tínhamos desistido, lá estavam aqueles que nos amavam e que não desistiam. Eles não nos abandonaram. (...) Eles não nos esmagavam com os seus planos optimistas para o nosso futuro, mas permaneciam com esperança apesar das dificuldades. O seu amor por nós era um constante convite para sermos mais do que toda esta auto-comiseração e desespero”* (p.15).

O papel das relações sociais na *recovery* foi estudado por Brier e Strauss (1984). Os dados foram obtidos, ao longo de um 1 ano de *follow-up*, através de entrevistas. Todos os participantes referiram formas específicas pelas quais as relações sociais eram benéficas, incluindo a aceitação social e sentimento de pertença, a motivação para manter as suas actividades sociais, o apoio material, o suporte na resolução de problemas, a capacidade de partilhar e dar apoio aos outros. Um outro estudo analisou os resultados de um programa de socialização apoiada (Davidson, Haglund, Stayner, Rakfeldt, Chinman, & Tebes, 2001). Este programa contava com a colaboração de voluntários da comunidade que se disponibilizavam para realizar, semanalmente, actividades sociais e recreativas (jantar, cinema, passear) com os participantes com doença mental. Os resultados do estudo apontaram para temas importantes do processo de *recovery*. Os participantes referiram que essas actividades e relações sociais tinham contribuído para quebrar o isolamento e o estigma, para aumentar o sentimento de pertença e aceitação social, para descobrir interesses particulares e novas actividades, fortalecendo, deste modo, o seu sentimento de identidade pessoal (Davidson et al., 2001).

Muitas pessoas sublinham a importância de terem tido outras pessoas em *recovery* como mentores, pois elas são a prova de que é possível readquirir o controlo sobre a sua vida (Chamberlin, Rogers, & Ellison, 1996; Lovejoy, 1982). Unzicker (1989) referiu como o facto de ter lido o livro da Judi Chamberlin – *On Our Own: Patient- Controlled Alternatives to the Mental Health System* (1978) – foi determinante para o seu processo de *recovery*. “Foi a história de sofrimento e sobrevivência da Judi que despoletou subitamente a minha indignação. O livro da Judi acordou em mim um espírito de desafio, vontade e coragem que eu ainda estou a descobrir, como que abrindo perpetuamente um presente de aniversário” (Unzicker, 1989, p.72). Através da ajuda-mútua e da partilha das suas histórias, os pares fomentam a esperança, dão ideias sobre como resolver os problemas, descobrir e aceder a novos recursos, alcançar objectivos e levar uma vida significativa. Os profissionais que acreditam no *recovery*, que respeitam as decisões das pessoas e facilitam as oportunidades de participação e inclusão social são também aliados importantes (Ralph, 2000; Ridgway, 2001).

5. Modelos

A partir das narrativas dos consumidores/sobreviventes, têm sido desenvolvidos vários modelos teóricos de *recovery* para descrever o conceito, os processos e os resultados do *recovery*. Estes modelos partem de diferentes perspectivas mas, quando analisados no seu conjunto, ajudam a compreender o processo de *recovery*, bem como os factores que o facilitam e os que o bloqueiam.

O Modelo de Saúde Pública para o *Recovery*, desenvolvido por Dornan, Felton e Carpinello (2000), coloca a esperança como a questão central do processo de *recovery*. Dornan e colegas definem o *recovery* como “um acto de ganhar e trazer de volta a esperança, a identidade pessoal e as capacidades pessoais (...), bem como a confiança nos próprios pensamentos e decisões para recuperar o equilíbrio mental, emocional, social e físico.” (p.2). O modelo proposto compreende 6 fases do processo de *recovery* que se inicia com a vontade de sobreviver, seguida de uma fase de angústia, não apenas devida à doença mas ao que ela provoca em termos de isolamento, discriminação, submissão e falta de poder. A terceira fase consiste no despertar, na qual as pessoas

aprendem a transformar a sua raiva e angústia em energia para a mudança e para recuperar. Este processo continua com o estabelecimento de um plano que defina as escolhas e as acções que deverão ser levadas a cabo para readquirir o equilíbrio, o bem-estar e uma vida normal. A determinação pessoal para seguir este plano é fundamental. Este processo poderá ser facilitado se as pessoas contarem com o apoio de um/a amigo/a, familiar ou profissional. O culminar deste processo é a fase do *recovery*. Os autores referem que este processo poderá ser realizado num curto espaço de tempo ou levar uma vida inteira.

O Modelo de Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), desenvolvido a partir dos estudos sobre a recuperação dos processos de adição, integra 4 fases: pré-contemplação (não existe um reconhecimento do problema ou uma intenção de mudar), contemplação (consciência dos problemas e vontade de iniciar um processo de mudança), preparação (compromisso e primeiros passos em direcção à mudança), acção (passos concretos para a mudança individual e do ambiente envolvente). Numa revisão posterior deste modelo, Ridgway e Press (2004) acrescentaram uma nova etapa que consiste na manutenção, ou seja, na acção necessária para manter a mudança ao longo do tempo. Este modelo tem em conta as diferenças individuais nos processos de *recovery* e os retrocessos que poderão ocorrer. Nesse sentido Prochaska et al., (1992) apresentaram estas fases num modelo em espiral, tendo em conta que as pessoas podem retroceder da fase da acção para a contemplação e, depois, recomeçar novamente o ciclo.

O Modelo proposto por Cross, Earle, Echo-Hawk-Solie e Marness (2000) inspira-se na cultura dos índios americanos. O equilíbrio e a harmonia são os temas centrais deste modelo. O modelo apresenta-se como um círculo com quatro quadrantes, designados como contexto, mente, corpo e espírito, os quais devem estar em equilíbrio para a manutenção de uma vida saudável. O contexto inclui a cultura, a comunicação, a família, os pares, o trabalho, a escola e a história social. A mente inclui as capacidades intelectuais, as emoções, a memória, a capacidade crítica e a experiência. O corpo inclui as características e a condição físicas. O espírito incluiu os ensinamentos e práticas espirituais, os sonhos, os símbolos, os dons e a intuição. Como os autores referem: *O equilíbrio e a harmonia nas relações são a força motriz deste sistema, a par do efeito recíproco das forças espirituais; a saúde ou o bem-estar são alcançados mantendo o equilíbrio entre os vários factores que estão interligados no círculo da vida. Cada*

acontecimento relaciona-se com os outros eventos, independentemente do tempo, espaço ou existência física. A saúde existe quando todos os elementos estão em equilíbrio e harmonia” (p.8). Reconhecendo que tudo na vida está em constante movimento e mudança, quando algum acontecimento altera o estado de harmonia, as pessoas deverão analisar cada quadrante para perceber qual deixou de estar em equilíbrio e agir para repor a harmonia entre todos os elementos.

Com base na literatura, DeMasi et al, (1996) desenvolveram um modelo de *recovery* que integra 3 grandes áreas de bem-estar: a saúde física e mental, o bem-estar psicológico (esperança, auto confiança, auto estima) e o bem-estar social que se liga com a qualidade de vida ao nível económico e interpessoal. Este modelo foi testado empiricamente, através de um estudo no qual participaram 612 pessoas com doença mental. Os resultados confirmaram a estrutura do modelo, evidenciando que o *recovery* implica diferentes elementos e apoios que estão para além do sistema de saúde mental, como o acesso aos recursos da comunidade e a ajuda inter-pares, bem como sublinha a importância das relações de parceria entre consumidores e profissionais.

O Modelo proposto por Young e Ensing (1999) foi desenvolvido a partir de uma investigação qualitativa que procurou compreender o significado e os elementos distintivos do processo de *recovery* na perspectiva dos consumidores/sobreviventes. A análise dos resultados foi realizada com base na *grounded theory* de forma a garantir que o modelo fosse constituído a partir da visão e dos contributos dos participantes e não das ideias preconcebidas dos investigadores sobre o *recovery*. O processo de construção deste modelo é inverso ao utilizada por DeMasi et al., (1996). Enquanto DeMasi et al., (1996) realizaram o seu estudo para validar o modelo por eles anteriormente concebido, Young e Ensing (1999) partiram dos resultados do estudo para construírem o próprio modelo, possibilitando uma visão mais compreensiva sobre o processo de *recovery*.

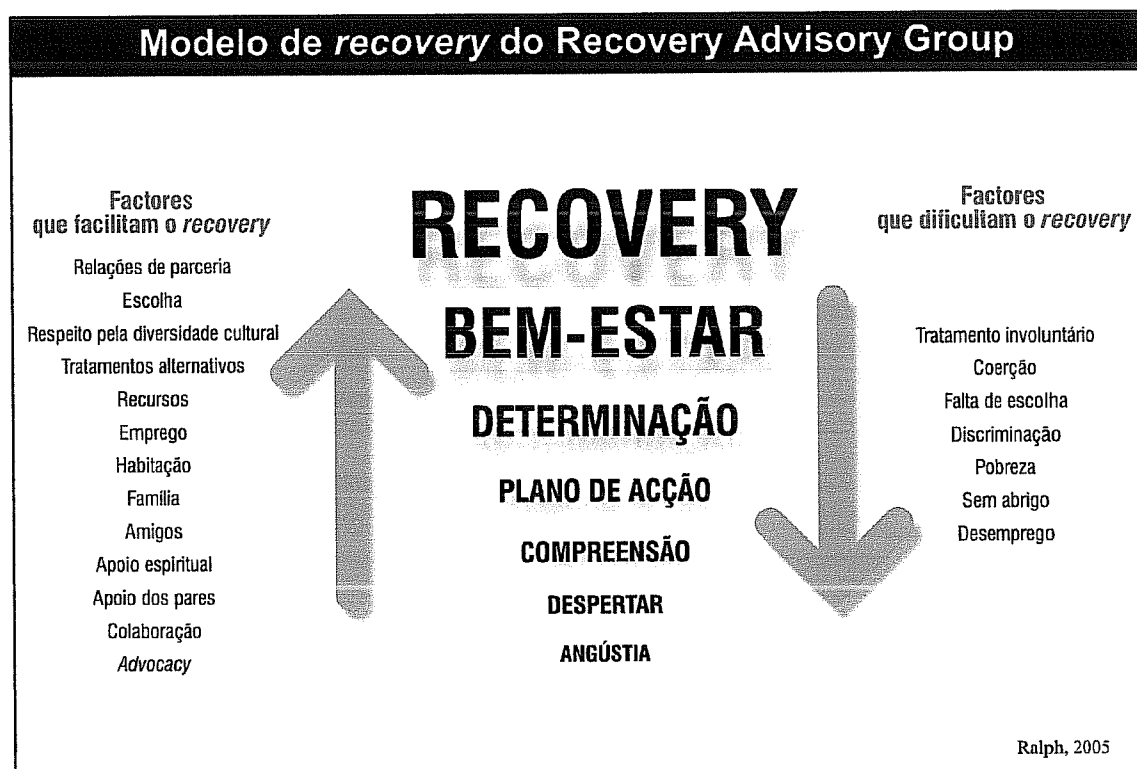
No modelo de Young e Ensing (1999) foram identificadas 3 grandes etapas que são habitualmente vivenciadas pelos consumidores/sobreviventes nas suas viagens de *recovery*. A etapa inicial caracteriza-se por um conjunto de processos que levam os consumidores/sobreviventes a “ultrapassar a estagnação”, incluindo o desenvolvimento de uma maior consciência crítica face à doença, a redescoberta de novas fontes de

No diagrama que ilustra este modelo, podemos observar diferentes percursos pessoais face à vivência de situações de conflito, trauma e/ou perda. Se as pessoas tiverem bons suportes sociais e recursos pessoais, conseguem manter o controlo sobre a sua vida e o seu papel social, o que as ajudará a recuperar do seu sofrimento e a voltar a uma situação de equilíbrio, como ilustrado no canto inferior direito do diagrama. Algumas situações de perda poderão ser mais devastadoras e/ou as pessoas poderão ser mais vulneráveis, o que poderá conduzir a um estado mais profundo de sofrimento emocional (topo do diagrama). Nesta fase é provável que se verifique um certo afastamento social e desorganização pessoal e emocional (Ahern & Fisher, 1999). Mas, se os contextos familiares, sociais ou culturais tiverem a capacidade para prestarem um apoio adequado ao longo do tempo, as pessoas poderão igualmente manter o controlo sobre as suas vidas e o seu papel social, o que as ajudará a iniciar o seu processo de *healing* e a recuperar o equilíbrio (parte central do diagrama). Se, pelo contrário, as pessoas não possuírem suficientes recursos pessoais e suportes, poderão não ser capazes de manter o seu papel social, começando a perder o controlo sobre a sua vida. Esta circunstância poderá levá-los a ser diagnosticados com uma doença mental (canto superior direito) e a deixarem de ser considerados como membros válidos para a sociedade (Ahern & Fisher, 1999).

O *recovery* ocorre através da combinação dos suportes necessários, em particular o apoio dos pares, que ajude as pessoas a readquirirem o seu estatuto de membro da sociedade. De acordo com o *Empowerment Model of Recovery* (Ahern & Fisher, 1999), o *recovery* ocorre através dum processo de fortalecimento pessoal, da assunção do controlo das pessoas sobre as decisões importantes que afectam a sua vida e da participação na vida das suas comunidades, através da (re)adquisição de papéis sociais significativos ao nível do emprego, educação ou da família (canto inferior esquerdo).

Os autores defendem que o *recovery* é possível para todas as pessoas e acontece numa determinada altura da vida. Neste sentido, estabelecem a diferença entre o *recovery* da doença mental, o qual envolve as pessoas que foram diagnosticadas e que ocorre num determinado período de tempo e o processo universal de *healing* (cicatrização) de um sofrimento emocional e de crescimento pessoal que pode ocupar uma vida inteira (Ahern & Fisher, 1999). Segundo os autores, a seguir ao *recovery* segue-se um período de *healing* (canto inferior direito).

O Modelo de *Recovery* do *Recovery Advisory Group* (Ralph, 2005) foi desenvolvido, em conjunto, por vários líderes de consumidores/sobreviventes, a partir da sua própria experiência, da experiência daqueles com quem trabalhavam e com base na literatura sobre *recovery*. O modelo procura definir e descrever o processo de *recovery* e identificar os factores contextuais que o poderão influenciar. Os autores descrevem o processo de *recovery* através de seis etapas: angústia (experiência de desespero devido ao rótulo de doença mental), despertar (consciência que as coisas podem mudar), compreensão (compreender que a mudança é possível), plano de acção (fazer alguma coisa para tornar as coisas melhores), determinação para o bem-estar (acreditar que o *recovery* é possível, tomar decisões, envolver-se em actividades significativas e estabelecer contactos com outras pessoas), e bem-estar, *empowerment* e *recovery* (sentir-se *empowered* para me ajudar a mim e aos outros). No entanto, o modo como as pessoas passam de um estágio para o seguinte não é linear, podendo haver retrocessos, após os quais se deve começar de novo a viagem.



Segundo este modelo (Ralph, 2005), o *recovery* tem uma dimensão interna e uma dimensão externa. Ao nível interno ou pessoal, o *recovery* envolve processos de mudança cognitivos, emocionais, espirituais e físicos. As dimensões externas do *recovery* incluem as actividades realizadas, as interacções com os outros e os recursos

sociais, como a habitação e o emprego. Os autores descreveram as mudanças operadas em cada uma destas dimensões, nas diferentes fases do processo de *recovery*.

As influências dos contextos sociais onde as pessoas se inserem e com os quais interagem são cruciais para o *recovery*. A família, os amigos, os pares, a comunidade e os serviços de suporte podem desempenhar um papel facilitador e potenciador de *recovery* ou, pelo contrário, dificultar e bloquear o processo.

As influências negativas incluem a falta de oportunidades de escolha, o tratamento compulsivo, a falta de habitação, a pobreza, a falta de compreensão e apoio dos suportes naturais. As influências negativas conduzem à discriminação, estigma e isolamento social. Por outro lado, as influências positivas incluem o respeito pelas escolhas e decisões pessoais, oportunidades de emprego, habitação condigna, suporte familiar, o apoio dos pares e o apoio dos profissionais com quem seja possível estabelecer uma relação de parceria. As influências positivas promovem o *empowerment*, o bem-estar e o *recovery* das pessoas com doença mental.

Adoptando uma abordagem ecológica ao processo de *recovery*, os autores concluíram que o *recovery* é o produto da interacção dinâmica entre as características dos indivíduos (esperança, objectivos), as características dos contextos (recursos materiais, actividades significativas, relações sociais) e as características das trocas entre os indivíduos e os contextos (esperança, *empowerment*, independência).

III. Serviços orientados para o *recovery*

6. Do Paradigma da Reabilitação ao Paradigma do Recovery

Na última década, o paradigma do *recovery* tem emergido como uma linha orientadora do planeamento dos serviços e das políticas públicas de saúde mental. Países como os EUA, a Nova Zelândia, a Irlanda ou a Inglaterra alinharam a sua visão e a missão dos sistemas de saúde mental com a filosofia do *recovery* (President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003; Mental Health Commission, 1998; National Institute of Mental Health, 2005; Expert Group on Mental Health Policy, 2006).

A visão de *recovery* baseia-se na convicção e no conhecimento de que as pessoas podem *recover* da doença mental e que os serviços devem ser orientados e estruturados com base neste conhecimento (Anthony, 2000). As narrativas dos consumidores/sobreviventes e os estudos longitudinais sustentam esta visão. A investigação, realizada nos últimos anos, tem proporcionado um conhecimento mais aprofundado sobre o processo de *recovery*, as suas fases e as condições que o facilitam. A adopção do *recovery* como política requer, agora, uma tradução dos seus valores e elementos para dimensões programáticas concretas. No entanto, o modo pelo qual essa tradução tem vindo a ser realizada para as práticas das organizações parece ainda reflectir alguma inconsistência (O'Connell, et al, 2005). Várias organizações e sistemas de saúde mental iniciaram uma reflexão cuidadosa sobre esta matéria, procurando responder ao desafio da implementação de abordagens consistentes com os valores e as estratégias promotoras de *recovery*, reformulando as suas missões, procedimentos e linguagem. Contudo, parece que outros têm vindo a apropriar-se do termo e a embrulhar na linguagem do *recovery* os programas de reabilitação já existentes. Como alertam alguns investigadores, embora os serviços oferecidos permaneçam inalterados, eles passam a ser descritos como orientados para o *recovery* (Davidson et al., 2005a, Jacobson & Curtis, 2000; Jacobson & Greenley, 2001).

Grande parte dos desafios que as pessoas com experiência de doença mental enfrentam no seu dia a dia pode ser atribuído aos efeitos do estigma, da discriminação, do desemprego, da pobreza e isolamento social. Deste modo, não é surpreendente que as experiências que foram referidas como promotoras de *recovery* sejam muito

semelhantes aquelas que todas as pessoas consideram importantes e agradáveis nas suas vidas (Chamberlin & Fisher, 2008; Davidson et al., 2005b). Reconhecendo que os processos de *recovery* e de integração comunitária são fortemente influenciados pelas oportunidades, características e culturas dos contextos onde as pessoas estão inseridas e com os quais interagem, a adopção de uma visão de *recovery* requer a adopção de modelos ecológicos, focalizados nas potencialidades das pessoas e na comunidade, e não de modelos focalizados nas doenças e nos deficits (cf. Davidson et al., 2005b, Onken et al, 2007). Esta abordagem muda a natureza das soluções e implica uma relação colaborativa entre os consumidores e profissionais. O sistema de serviços de base comunitária, implementado a seguir à desinstitucionalização, era baseado em diferentes pressupostos e objectivos.

O conceito de sistema de suporte comunitário surgiu na década de 1970 e foi concebido para colmatar as múltiplas necessidades sentidas pelas pessoas com experiência de doença mental a viver na comunidade e que não eram cobertas pelos serviços existentes. Este sistema foi definido como uma rede de profissionais e serviços de apoio para as pessoas com doença mental, no sentido de responder às suas necessidades e prevenir o seu isolamento e exclusão da comunidade (Stroul, 1986; Turner & TenHoor, 1979).



Para além dos serviços de tratamento, propunha-se a criação de programas de reabilitação a nível habitacional e vocacional, serviços de apoio às famílias e mecanismos facilitadores do acesso às prestações sociais e de protecção dos direitos dos consumidores no sistema de serviços, entre outros. Em termos operacionais, foram desenvolvidos vários programas e modelos focalizados no tratamento e reabilitação das pessoas com experiência de doença mental nos contextos comunitários, como o *PACT-Program of assertive community treatment* (Stein & Test, 1985), os *clubhouses* (Beard, Propst, & Malamud, 1982), a reabilitação psiquiátrica (Anthony, Cohen, & Farkas, 1982). Todos tinham como objectivos a prevenção da hospitalização e o desenvolvimento de competências para que as pessoas com doença mental aumentassem os seus níveis de funcionamento na comunidade. A linguagem dos serviços de saúde mental alterou-se, passando de um discurso exclusivamente médico para incluir o discurso da reabilitação (Carling, 1995) e o enfoque do tratamento nos sintomas foi substituído por um enfoque no tratamento das consequências da doença mental – limitações funcionais e *handicaps* (Anthony, 1993).

Para orientar os clientes neste conjunto de serviços, surgiu a figura do gestor de casos (Cohen, Nemeck, Farkas & Forbess, 1988). O gestor de casos era definido como um profissional ou equipa de profissionais, responsável por manter uma relação de apoio, de longo prazo, com cada um dos clientes. As suas funções incluíam a elaboração de planos individuais, baseados nas necessidades e objectivos dos clientes, a prestação informação e apoio no acesso aos vários serviços existentes.

Embora as abordagens da reabilitação representem uma melhoria em muitos aspectos em relação às abordagens anteriores, nomeadamente em termos da redução das taxas de internamento, da redução dos sintomas psiquiátricos e uma maior satisfação dos clientes, ainda reflectem alguns valores semelhantes (Carling 1995; Nelson, Lord & Ochocka, 2001). Estes programas mantiveram o desequilíbrio de poder entre os profissionais e os utilizadores dos serviços, o enfoque nas limitações e dificuldades das pessoas (falta de competências) e a dependência dos profissionais, não conduzindo a melhorias significativas em termos do acesso aos recursos, do fortalecimento das redes de suporte naturais e da participação social (Carling 1995; Deegan, 1999, Davidson, Tondora, Staeheli, O'Connell, Frey & Chinman, in press; Fisher, 2006; Nelson et al., 2001; Trainor, Pomeroy & Pape, 2004). Embora as pessoas estivessem agora na

comunidade, elas ainda não faziam parte da comunidade (Carling, 1995; Lord & Pedlar, 1991).

Com base na sua experiência como cliente de uma equipa do PACT e nos estudos etnográficos que realizou, Sue Estroff (1995) refere que, embora a autoridade dos profissionais fosse mais óbvia no contexto dos hospitais psiquiátricos, as mesmas atitudes institucionais podiam ser encontradas, de forma menos explícita mas igualmente vincada, nos contextos comunitários. Como defendido no artigo “*Nós não somos casos e vocês não são gestores*” (Everett & Nelson, 1992), as abordagens da reabilitação continuaram a conceptualizar a pessoa como um caso e o profissional como um gestor e um perito, mantendo uma relação de poder desigual. Esta relação conduziu, na maioria das vezes, a um processo passivo e de dependência dos profissionais (Carling, 1995; Nelson et al., 2001; Ornelas, 2008). Como vimos anteriormente, as relações de parceria são fundamentais nos processos de *recovery*, pelo que a utilização de modelos de gestão de casos não são consistentes com os valores do *recovery*. Alguns autores têm vindo a propor que o papel dos profissionais, neste novo enquadramento, deverá ser concebido como um facilitador de recursos (Nelson et al., 2001; Onken et al, 2007). Como o *recovery* é, muitas vezes, definido como uma viagem, Davidson et al (in press) propõe a designação de guia de *recovery* ou guia comunitário.

Embora os serviços de base comunitária tenham sido criados para facilitar a integração das pessoas na comunidade, ao longo do processo foram perdendo o seu objectivo inicial, o que conduziu ao desenvolvimento de programas separados para as pessoas com experiência de doença mental, como os centros de dia, os empregos protegidos, os clubes sociais ou as residências de grupo (Ornelas, 2008). Subjacente a este percurso parece estar a visão céptica dos profissionais sobre as capacidades das pessoas se integrarem nos contextos naturais da comunidade (Repper & Perkins, 2003). Contudo, os estudos realizados sobre os factores de sucesso no emprego das pessoas com doença mental, por exemplo, concluíram que não existia uma relação entre diagnóstico, sintomatologia psiquiátrica ou número de hospitalizações e o desempenho profissional (Anthony & Jasen, 1984) e que, com o apoio adequado, elas poderiam manter um emprego competitivo (Becker & Drake, 1993).

Com a segregação em programas protegidos, o rótulo da cronicidade parece permanecer colado às pessoas (Allot & Loganathan, 2002), agora com base em critérios de funcionalidade. Estroff (1981) refere como a abordagem dos programas de reabilitação contribuiu para a fusão da doença com a identidade pessoal e para confirmar a ideia de cronicidade nos seus clientes. Fisher (2006) é ainda mais acutilante. Segundo o autor, o paradigma da reabilitação não reconhece a possibilidade do *recovery*. A visão da reabilitação é a de que, com o apoio dos profissionais, as pessoas poderão melhorar o seu funcionamento social mas, mesmo que se tornem altamente funcionais, a sua doença permanecerá, uma situação da qual não irão recuperar totalmente (Fisher, 2006).

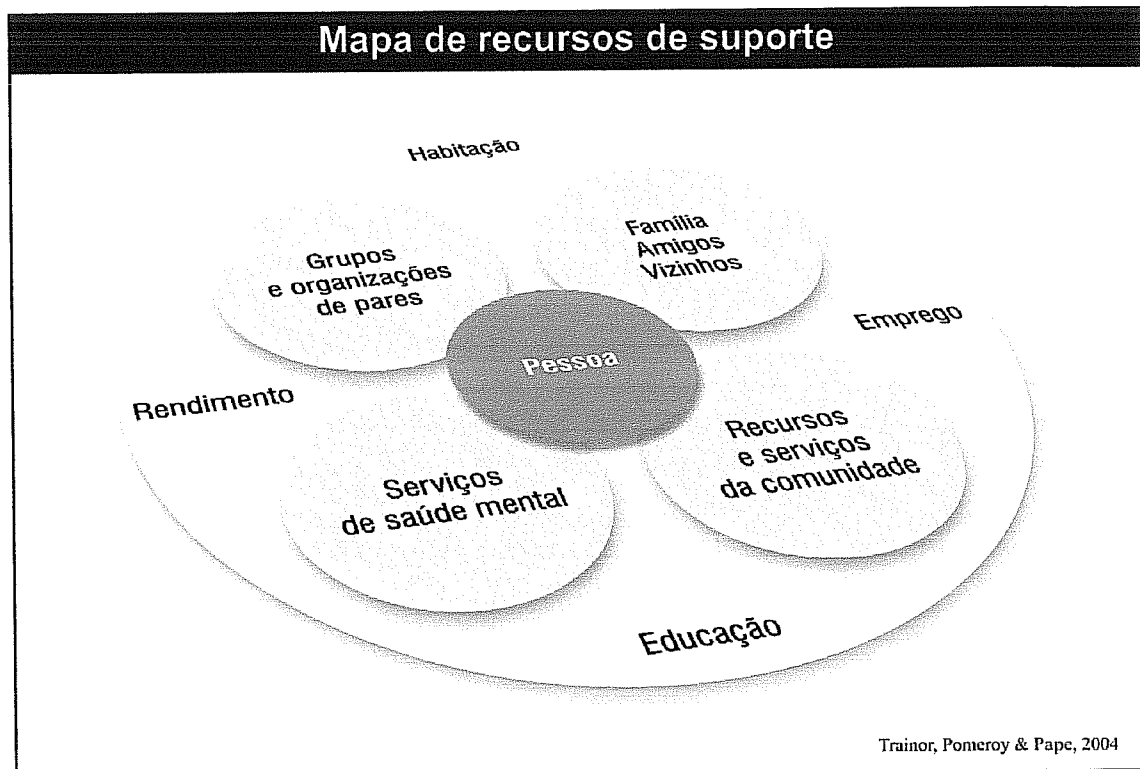
Outro argumento utilizado para defender a criação das estruturas protegidas, consistiu na ideia da transitoriedade, ou seja, a necessidade de uma fase de preparação e treino de competências que facilitasse a passagem para os contextos naturais da comunidade. Mas, se era esse o objectivo destes programas, a investigação aponta que não foram muito bem sucedidos. Os resultados dos estudos realizados ao nível do emprego indicam que as competências aprendidas em contextos artificiais não são generalizáveis para o contexto das empresas e que quanto maior for a permanência em programas de preparação vocacional, menor são as probabilidades de acesso ao emprego competitivo (Bond, Deitzen, McGrew & Miller, 1995). Por outro lado, as pessoas com experiência de doença mental têm as mesmas aspirações que as outras pessoas na nossa sociedade e, tal como a maioria dos desempregados, desejam um emprego remunerado em empresas comuns da comunidade (Becker & Drake, 1993), pelo que a permanência em estruturas protegidas diminui as suas expectativas (Bond et al, 1995) e aumenta, em vez de diminuir, a estigmatização e o isolamento social (Estroff, 1995).

Em termos habitacionais, as abordagens da reabilitação focalizaram-se no desenvolvimento de um *continuum* de programas residenciais, desde residências de grupo com apoio intensivo e actividades muito estruturadas, até apartamentos supervisionados com menos apoio (Parkinson, Nelson & Horgan, 1999). A ideia da transição era idêntica aos programas vocacionais. À medida que o funcionamento dos residentes melhorava, eles iam transitando sucessivamente para contextos com menos suporte e supervisão. Contudo, a avaliação desses programas concluiu que as pessoas, muitas vezes, ficavam retidas num ponto desse *continuum*, pelo que a ideia da transição era apenas teórica (Nelson et al., 2001).

Progressivamente esses programas de reabilitação foram perdendo o seu objectivo de integração social e tornaram-se um fim em si mesmos. O foco na integração na comunidade foi confundido com a localização na comunidade. Embora estivessem na comunidade, estes programas permaneceram segregados e replicaram muitas das características das instituições que supostamente pretendiam substituir (Nelson et al., 2001; Ornelas, 2008; Rappaport, 1981).

Por último, ao colocar o cerne do problema da integração nas competências ou falta de competências, a abordagem da reabilitação mantém a tónica na mudança das pessoas para que elas se encaixem na comunidade (Nelson et al, 2001; Repper & Perkins, 2003). Embora a aquisição e desenvolvimento de competências tenha o seu papel nos processos de *recovery*, eles não constituem a questão fundamental. Os processos de *recovery* não são determinados exclusivamente por factores internos e pessoais mas são, sobretudo, influenciados pelas relações sociais e pelos recursos externos que estão disponíveis. Deste modo, as questões da discriminação, do acesso aos recursos e às oportunidades da comunidade são muito mais importantes do que o desenvolvimento das competências. Isto implica que o enfoque não deva ser colocado na mudança individual mas na mudança da capacidade da comunidade para integrar as pessoas com experiência de doença mental e na mudança dos suportes proporcionados pelos serviços, para permitir às pessoas realizarem as suas expectativas e ambições (Ornelas, 2008; Repper & Perkins, 2003). Uma perspectiva de *recovery* necessita de novos modelos de intervenção na comunidade que vão para além da reabilitação ou da gestão de casos, abrindo um conjunto de novos desafios para os serviços de base comunitária e para os profissionais.

Trainor, Pomeroy e Pape (2004) propuseram um modelo alternativo ao modelo do sistema de suporte comunitário. No *Framework for Support* as pessoas são vistas não como clientes de serviços de saúde mental, mas como cidadãos integrados no contexto comunitário. O acesso aos recursos fundamentais da comunidade, como a habitação, o rendimento, o emprego e a educação, constitui um requisito básico da cidadania. As redes de apoio natural, como a família e os amigos, as organizações de ajuda mútua e os serviços e as organizações da comunidade, como os serviços sociais e de emprego, os clubes desportivos e as associações de bairro, são recursos de suporte importantes que fortalecem a ligação à comunidade.



Este modelo assenta em dois valores essenciais: o *empowerment*, na medida em que as pessoas devem ter o controlo sobre as suas vidas e sobre os serviços e suportes que consideram úteis; e a mobilização da comunidade no apoio às pessoas com experiência de doença mental. Nesse sentido, os profissionais devem mobilizar e colaborar com os vários sectores da comunidade, como os empresários, os professores, as organizações comunitárias, para potenciar as oportunidades de inclusão (Trainor et al., 2004).

Um outro modelo alternativo ao paradigma da reabilitação foi proposto por Nelson, Lord e Ochocka (2001). O paradigma do *empowerment* e integração comunitária assenta em três conceitos ou valores chave: a) a participação e *empowerment* dos *stakeholders*; b) o suporte e a integração comunitária; c) a justiça social e o acesso aos recursos. A participação e *empowerment* dos *stakeholders* refere-se ao processo pelo qual os consumidores e as suas famílias ganham um maior controlo sobre as suas vidas e sobre os serviços, passando a ser considerados como agentes de mudança das políticas. Neste paradigma os consumidores e as suas famílias têm voz e influência nos órgãos de direcção das organizações de saúde mental, participam na avaliação dos serviços e são colaboradores nos projectos de investigação. Os profissionais mudam do seu papel de técnico-perito para o de recurso-colaborador, aumentando os consumidores o seu poder de escolha e decisão sobre as questões que lhe dizem respeito. O desenvolvimento de

organizações autónomas de consumidores/sobreviventes é outro indicador deste paradigma e que assenta no valor da participação e *empowerment* dos *stakeholders*.

O valor do suporte e integração comunitária traduz uma focalização na participação e integração nos contextos normais da comunidade e nas ligações e apoios informais das redes de suporte naturais (Nelson et al., 2001). Segundo os autores, este paradigma reconhece explicitamente os talentos das pessoas e as suas potencialidades para crescer, bem como para contribuir e melhorar a comunidade. O terceiro valor refere-se ao acesso aos recursos de emprego, educação, habitação ou outros serviços que estão disponíveis na comunidade para todos os cidadãos, sendo este um princípio elementar de justiça social e uma condição fundamental para garantir uma melhoria nas condições de vida concretas dos consumidores/sobreviventes (Nelson et al., 2001).

Os estudos que têm procurado traduzir os princípios do *recovery* num referencial para as mudanças das práticas dos serviços de saúde mental (Davidson et al., 2007; O'Connell et al., 2005; Jacobson & Greenley, 2001) têm chegado a conclusões que são consistentes com os dois modelos anteriores. De acordo com estes estudos, são várias as características dos programas orientados para o *recovery*: promoção do *empowerment* e da participação dos consumidores no planeamento, desenvolvimento, gestão/direcção e avaliação dos serviços; adopção de uma linguagem de esperança; diversificação de opções e serviços de suporte, incluindo o suporte inter-pares; realização de acções de informação junto da comunidade e de combate da discriminação e do estigma; promoção da participação e integração na comunidade; prestação do apoio nos contextos comunitários; envolvimento dos familiares e outros apoios naturais.

Com o objectivo de definir políticas orientadas para o *recovery*, vários sistemas de saúde mental têm vindo a realizar debates com os consumidores, famílias e profissionais (Beale & Lambric, 1995; Davidson et al., 2007; Jacobson & Greenley, 2001). O estado de Ohio, nos EUA, foi pioneiro neste tipo de iniciativas. O relatório *The Recovery Concept: Implementation in the Mental Health System* (Beale & Lambric, 1995) resultou de vários encontros de reflexão entre as autoridades de saúde mental, consumidores, famílias e profissionais e propôs um conjunto de recomendações em áreas consideradas chave na promoção do *recovery*: emprego, *empowerment*, combate

ao estigma, apoio dos pares, apoio da família, envolvimento comunitário, acesso aos recursos, educação e papel dos profissionais.

Em Portugal, a Comissão Nacional para Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) realizou audiências públicas com consumidores, famílias e profissionais para recolher os seus contributos. O novo Plano Nacional de Saúde Mental (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) define o *recovery* como um dos seus valores orientadores e estabelece que os serviços devem criar condições que “favoreçam a auto-determinação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental” (pg. 14), bem como a sua participação no planeamento e desenvolvimento dos serviços que beneficiam. Propõe-se também que sejam criados os suportes e os mecanismos que facilitem o acesso ao mercado de trabalho e à habitação independente, em cooperação com outros sectores e organizações implantadas na comunidade. Também os planos de saúde mental da Irlanda e Inglaterra referem a importância de um maior envolvimento dos consumidores no planeamento, prestação e avaliação dos serviços, bem como do acesso ao emprego e a recursos habitacionais, educacionais e sociais (National Institute of Mental Health, 2005; Expert Group on Mental Health Policy, 2006).

Uma outra prioridade dos sistemas e serviços 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* e promover a adopção de práticas e suportes facilitadores deste processo no sistema de saúde mental (Jacobson & Curtis, 2000). A *New Zealand Mental Health Commission* (2001) elaborou um conjunto de materiais de formação sobre o *recovery*, a partir de uma lista de competências que os consumidores dos serviços consideraram que os profissionais deveriam desenvolver, nomeadamente a) compreender os princípios e as experiências do *recovery*; b) manter uma focalização positiva na igualdade e inclusão social; c) reconhecer a auto-determinação; d) valorizar e apoiar o movimento dos utilizadores; e) prestar apoio às famílias. Esta Comissão propôs, igualmente, que os consumidores fossem formadores nestas acções.

O estado de Connecticut, nos EUA, definiu um conjunto de linhas orientadoras para a implementação de práticas promotoras de *recovery* e que abrangem nove domínios:

primazia da participação, acesso aos serviços, continuidade de cuidados, avaliação com base nas potencialidades, planos individualizados de *recovery*, identificação e resolução de barreiras ao *recovery* (no sistema de serviços e na comunidade), papel dos profissionais como facilitadores dos processos de *recovery*, identificação de recursos e desenvolvimento comunitário (Davidson et al., 2007). Realizou também uma avaliação sobre o conhecimento dos profissionais sobre as dimensões e processos de *recovery* (Bedregal, O'Connell & Davidson, 2006), a qual serviu de base para o desenvolvimento de acções de formação. Para além da formação, foram seleccionados nove organizações às quais foi conferido o estatuto de Centros de Excelência em Práticas Orientadas para o *Recovery* (Davidson et al., 2007) e que têm funcionado como locais de estágio para outros profissionais, para transferência de tecnologia e conhecimento.

A realização de campanhas e outras iniciativas de combate ao estigma, a incorporação de planos de crise e directivas antecipadas e o apoio às organizações de consumidores constituem outras áreas que têm vindo a ser enquadradas nos planos de acção de diversos sistemas de saúde mental (Jacobson & Curtis, 2000). As directivas antecipadas consistem num documento escrito, elaborado pelas pessoas com experiência de doença mental ou em conjunto com as pessoas que lhe dão apoio e que explicita em detalhe as suas preferências em relação ao apoio que querem receber em situações de crise, as quais devem ser integralmente respeitadas. As organizações dirigidas pelos consumidores prestam um conjunto de serviços que têm vindo a ser reconhecidos e valorizados, nomeadamente serviços de defesa cívica, programas de suporte inter pares e ajuda-mútua, alternativas de apoio na crise, linhas de apoio telefónico, programas de mentorado e formação para a liderança (Jacobson & Curtis, 2000).

7. Características dos Serviços Orientados para o Recovery

A incorporação numa visão de *recovery* nos serviços de suporte comunitários implica que todas as suas dimensões, tais como a missão, políticas, procedimentos ou práticas, sejam consistentes com os valores e princípios do *recovery* (Farkas, Gagne, Anthony & Chamberlin, 2005). Os serviços comunitários orientados para o *recovery* inscrevem-se num referencial de direitos humanos, adoptam uma abordagem ecológica na sua análise

dos problemas e estratégias de intervenção, promovem uma cultura de esperança e *empowerment* e focalizam-se na facilitação da participação social e integração comunitária efectiva das pessoas com experiência de doença mental (Anthony, 2000; Jacobson & Curtis, 2000; Kloos, 2005, Nelson et al., 2001; Onken et al., 2002; O'Connell et al., 2005).

A esperança é fundamental nos processos de *recovery*. Os consumidores/sobreviventes referem a importância de terem, ao seu lado, outras pessoas que procuram ouvi-los e compreende-los, acreditam e encorajam-nos na sua viagem de *recovery* (Deegan, 1988). Embora o *recovery* seja um percurso individual que se estende para além das fronteiras do sistema de saúde mental, os serviços de suporte comunitários podem ter uma influência positiva ou negativa nesse processo. As mensagens que expressam baixas expectativas e subestimam a capacidade dos consumidores para voltar a trabalhar, estudar, construir relações, tomar decisões e viver de forma independente dificultam os processos de *recovery* (Onken et al, 2002; Trainor et al., 2004). Com este tipo de mensagens as pessoas perderão a esperança e a confiança em si próprias. Pelo contrário, as organizações que adoptam uma linguagem de esperança e *empowerment* e transmitem uma visão positiva sobre o futuro são facilitadoras do *recovery*.

Uma perspectiva ecológica enfatiza a necessidade da criação de ambientes que possam facilitar a expressão das competências das pessoas (Kelly, Ryan, Altman, & Stelzner, 2000; Saleeby, 1997). Os serviços de suporte comunitários podem desenvolver esses ambientes se incorporarem uma visão e uma cultura organizacional de *recovery*. Uma visão de *recovery* assenta na convicção que as pessoas vão recuperar, independentemente da fase em que se encontram nesse processo (Dornan et al, 2000; Ralph, 2005). Uma cultura organizacional de *recovery* caracteriza-se pela esperança, respeito mútuo, empowerment, diversidade e colaboração (Jacobson & Greenley, 2001). Numa cultura de *recovery*, os profissionais vêem as pessoas para além das suas vulnerabilidades, valorizam as suas capacidades, potencialidades, interesses e sonhos (Rapp, 1998) e apoiam-nas na realização dos seus objectivos. Também aprendemos que o *recovery* tem retrocessos e períodos com pouca mudança, que não é um processo linear. Este conhecimento é fundamental para sustentar a esperança, mesmo em períodos de maior dificuldade.

O *empowerment* é outra característica distintiva duma cultura de *recovery*. Retomar a condução do seu percurso e o controlo sobre as várias esferas da sua vida é, para os consumidores, uma dimensão fundamental no processo de *recovery*. Numa cultura de *recovery*, os consumidores têm a oportunidade de definir os seus objectivos, realizar as suas escolhas e tomar decisões sobre os serviços e actividades que consideram mais adequadas ao seu processo de *recovery*. A relação entre os profissionais e consumidores assume uma perspectiva colaborativa. Numa relação colaborativa, os profissionais valorizam a experiência e os interesses dos consumidores, apoiam-nos a descobrir, obter informação e avaliar diferentes possibilidades, trabalhando, em conjunto, na concretização dos projectos e actividades que eles consideram significativos.

Num estudo realizado sobre o impacto dos profissionais no *recovery* (Ralph, Lambric & Steele, 1996), os consumidores identificaram que os profissionais que têm um papel mais positivo no *recovery* são os que encorajam e respeitam as decisões pessoais, promovem a liberdade de escolha, estabelecem uma relação de parceria, reconhecem os talentos e as capacidades individuais e ajudam a descobrir os recursos e serviços que os consumidores consideram necessários. Os objectivos dos consumidores são muito diversificados. As pessoas são diferentes em termos da sua idade, género, cultura, experiência, interesses e necessidades pessoais. O que é significativo, valorizado e prioritário, em cada momento, por cada um dos consumidores será certamente diferente das opções realizadas por outro. O desafio para as organizações é ser sensível a esta diversidade e apoiar as pessoas a acederem aos recursos e a retomarem os papéis e actividades que são prioritários e significativos para elas.

A colaboração implica que os consumidores têm a oportunidade de fazer escolhas diferentes daquelas que os profissionais, eventualmente, fariam por elas e verem respeitadas essas decisões. Por vezes, os profissionais podem ter receio que as pessoas não façam escolhas realistas ou que as opções que tomaram não venham a ter sucesso. Contudo, é importante salientar que as pessoas não estão a começar do zero e que as suas escolhas se baseiam na sabedoria que já acumularam (Repper & Perkins, 2003). Os estudos na área da integração profissional, por exemplo, indicam que, não só as pessoas fazem escolhas realistas em relação ao seu emprego, como a possibilidade de escolha é determinante para o sucesso profissional (Becker & Drake, 1993; Bond, Drake, Meuser & Becker, 1997). Um princípio semelhante aplica-se às questões habitacionais (Carling,

1995), educacionais (Pomeroy & Pape, 1999) e outras actividades sociais e de lazer. Por outro lado, a única forma de evitar o insucesso é não fazer nada e isso significa não ter também a possibilidade dos sucessos que promovem a confiança e o fortalecimento pessoal (Ahern & Fisher, 1999; Davidson, 2003; Roberts & Wolfson, 2004). Se determinado projecto não for bem sucedido, essa experiência deve ser encarada como uma aprendizagem e uma oportunidade para reflectir sobre a escolha inicial e sobre os suportes que foram disponibilizados e explorar, em conjunto, novas formas de alcançar esse objectivo.

O princípio da colaboração e *empowerment* reflecte-se também no sistema de registo das organizações (Farkas et al, 2005). Os consumidores devem ter a possibilidade de definir e participar na elaboração dos seus planos de *recovery* e escolher o profissional com quem querem trabalhar na concretização desses planos. Os planos de *recovery* devem reflectir os talentos, interesses e objectivos dos consumidores, bem como identificar as actividades, suportes e recursos que são necessários mobilizar para atingir as metas estabelecidas. Os planos de *recovery* são instrumentos dinâmicos que devem ser desenvolvidos de forma participada e reformulados sempre que o consumidor achar necessário. Todos os registos devem ser elaborados, em conjunto, pelos profissionais e consumidores, para facilitar a monitorização e avaliação do plano por ambas as partes. Os consumidores que o desejam devem poder obter fotocópias dos seus registos ou aceder a eles sempre que o requisitem (Farkas et al, 2005).

Existem, actualmente, vários modelos e recursos disponíveis sobre planos de *recovery* (Cook, Petersen & Jonikas, 2004; Ridgway, McDiarmind, Davidson, Bayes & Ratzlaff, 2002) que podem ser utilizados nos serviços de suporte comunitários orientados para o *recovery*. Têm igualmente sido desenvolvidos recursos para apoiar os consumidores a identificarem as suas potencialidades e necessidades, expressarem as suas opiniões aos profissionais e terem maior controlo sobre o apoio que recebem (Avon Measure Working Group, 1996; Petersen, Jonikas, Cook & Priester, 2003). O WRAP – *Wellness Recovery Action Plan* (Copeland, 2002), a que já fizemos referência anteriormente, ajuda as pessoas a desenvolverem as suas estratégias de cuidados pessoais e bem-estar, bem como a definir os seus planos de prevenção, gestão e apoio na crise.

Nos serviços de suporte comunitários, uma cultura de *recovery* implica, igualmente, a promoção do *empowerment* organizacional dos consumidores e famílias e o desenvolvimento de relações colaborativas entre os diferentes *stakeholders*. Nas organizações orientadas para o *recovery* o conhecimento, a experiência e os interesses dos consumidores e das suas famílias são valorizados, verificando-se um reequilíbrio de poder na sua relação com os profissionais, à medida que se tornam participantes activos e bem representados no planeamento, implementação, prestação de serviços e avaliação dos serviços. Esta dimensão tem sido, aliás, perspectivada como um critério de qualidade na gestão dos serviços (Blacwell, Eilers & Robinson, 2000).

A nível operacional, o *empowerment* traduz-se na criação de oportunidades para os consumidores participarem nas decisões inerentes ao funcionamento dos serviços e das equipas, bem como nos processos de avaliação, numa lógica de melhoria contínua das organizações. Os mecanismos que as organizações têm utilizado são diversificados e incluem a realização de reuniões ou grupos focais de debate, preenchimento de questionários, criação de uma caixa de sugestões ou a participação de representantes dos consumidores nas reuniões de equipa (Perkins & Repper, 2003). Mais importante do que a fórmula utilizada é que os consumidores sintam que as suas sugestões são valorizadas e se reflectem em mudanças concretas nas organizações.

O *empowerment* organizacional implica também que os consumidores e famílias sejam envolvidos no planeamento e gestão dos serviços, através do assento nos órgãos consultivos e directivos das organizações (O'Connell et al., 2003; Jacobson & Curtis, 2000). A participação formal não garante, contudo, uma influência na gestão dos serviços. A falta de acesso atempado a informação relevante ou a impossibilidade de incluir pontos na agenda das reuniões e debater-los em tempo útil, são exemplos ilustrativos de procedimentos que podem reduzir essa participação a um nível simbólico (Jacobson & Curtis, 2000). O desenvolvimento de relações colaborativas e *empowering* implica que sejam assegurados os procedimentos que permitam aos *stakeholders* expressar as suas opiniões e participar de forma informada na tomada de decisões. O exercício da democracia numa organização requer igualmente qualidades de negociação e gestão de conflitos na medida em que os interesses, prioridades e perspectivas dos vários *stakeholders* nem sempre são coincidentes. Mas, por outro lado, os conflitos podem ser considerados uma fonte inspiradora do trabalho conjunto pois permitem a

discussão de pontos de vista e experiências diferentes e, quando bem resolvidos, conduzem a melhores decisões e fortalecem a confiança mútua e o sentimento de *empowerment* (Dalton, Elias & Wandersman, 2001).

A contratação de pessoas com experiência de doença mental como membros das equipas é uma etapa recente e constitui outro indicador concreto do paradigma do *recovery* nos serviços de suporte comunitários. Formar e contratar pares/profissionais tem múltiplas vantagens quer para as pessoas que são contratadas, quer para os consumidores dos serviços, quer para as próprias organizações (Hutchinson, Anthony, Ashcraft, Johnson, Dunn, Lyass & Rogers, 2006). As pessoas em *recovery* falam da importância de terem pares como mentores na sua viagem (Mead & Copeland, 2000) e de terem relações de apoio mútuo com outras pessoas que também vivem com uma doença mental (Chamberlin & Rogers, 1990). A investigação realizada nesta área tem revelado que a prestação de serviços realizada por pares é tão ou mais eficaz que o apoio prestado por profissionais (Rapp, McDiarmind, Marty, Ratzlaff, Collins & Fukai, 2008). Para os pares/profissionais, o exercício desta actividade e os benefícios inerentes a ter um emprego reflectem-se positivamente no seu próprio processo de *recovery* (Clay, Schnell, Corrigan & Ralph, 2005). Por outro lado, verifica-se também uma tendência para um maior investimento pessoal na sua formação universitária (Rapp et al., 2008). Para os serviços de suporte comunitários, os benefícios da contratação de pares/profissionais traduzem-se no fortalecimento da sua cultura organizacional de *recovery* e na melhoria dos seus resultados (Hutchinson et al., 2006).

A avaliação e a investigação são outras duas dimensões importantes e que devem ser realizadas numa abordagem colaborativa, entre os vários *stakeholders*, e de investigação-acção, na procura da melhoria e mudança contínuas dos serviços.

A integração nos contextos comunitários, em vez da segregação num sistema de serviços (Nelson et al., 2001; Ornelas, 2005) é um princípio e um objectivo fundamental dos serviços orientados para o *recovery*. Como referimos anteriormente, um dos aspectos fundamentais dos processos de *recovery* é a reacquirição de papéis sociais significativos e o envolvimento em actividades que ligam as pessoas às suas comunidades. Deste modo, os serviços devem facilitar o acesso e promover a plena

participação das pessoas nos contextos naturais da comunidade, respondendo às necessidades e prioridades de cada uma das pessoas.

O acesso aos recursos de emprego, educação, habitação ou outros serviços que estão disponíveis na comunidade para todos os cidadãos é também uma condição fundamental para garantir uma melhoria nas condições de vida concretas das pessoas com experiência de doença mental, bem como uma oportunidade para a diversificação, alargamento e fortalecimento das redes de suporte social naturais (Chamberlin & Rogers, 1990). Por outro lado, a interação das pessoas com e sem experiência de doença mental nos contextos comunitários ajuda a combater os mitos relativos à doença mental e a tornar a comunidade mais receptiva e inclusiva (Corrigan & Kleinlein, 2005; Kloos, 2005).

Os modelos de emprego apoiado (Bond, Becker, Drake, Rapp, Meisler, Lehman, Bell & Blyler, 2001), habitação apoiada (Carling, 1995) e educação apoiada (Unger, 1998) têm demonstrado que, com o apoio adequado, as pessoas com experiência de doença mental podem manter um emprego no mercado competitivo de trabalho, viver autonomamente e ter sucesso nos seus projectos escolares. Estes programas assentam em valores e princípios de intervenção semelhantes. Defendendo a integração comunitária como um direito inalienável das pessoas com experiência de doença mental, estes programas consideram que esse objectivo será alcançado primordialmente através da participação efectiva das pessoas nos contextos comunitários e do estabelecimento e fortalecimento de ligações com outras pessoas da comunidade.

O sucesso destes programas resulta da combinação das oportunidades de escolha dos participantes, da prestação de suportes flexíveis e diversificados e na mobilização e envolvimento dos recursos e apoios naturais da comunidade. Nesse sentido, os profissionais têm que ter um conhecimento aprofundado dos recursos que estão disponíveis e estabelecer contactos que facilitem o acesso dos participantes a esses recursos e as suas ligações com a comunidade. Estes programas adoptam uma abordagem ecológica, em relação à compreensão das necessidades dos participantes e dos contextos comunitários, bem como à procura de soluções que facilitem os processos de ajustamento mútuo. Deste modo, o suporte tem que ser prestado nos contextos onde

as pessoas vivem, trabalham e estudam para ser possível perceber quais são os constrangimentos e que recursos podem ser mobilizados.

Os programas de emprego apoiado têm demonstrado resultados positivos em termos da obtenção e manutenção de empregos no mercado aberto de trabalho, das remunerações, das condições de trabalho e da eficácia das estratégias de suporte (Revell, Inge, Mank & Wehman, 1999). Uma componente essencial destes programas é a existência de um sistema de suporte continuado e flexível na procura e mediação para o emprego, apoio pós contratação e desenvolvimento de carreira, disponibilizado de acordo com as preferências e necessidades do participante.

O emprego é uma dimensão fundamental nos processos de inclusão e recovery das pessoas com experiência de doença mental (Dunn, Wewiorski & Rogers, 2008). O emprego é uma expressão do papel social que cada pessoa desempenha na comunidade. O tipo de emprego, as condições de trabalho e as oportunidades de progressão na carreira a que as pessoas têm acesso afectam directamente a sua realização e *empowerment* pessoal, a sua liberdade financeira e social, bem como a sua imagem na sociedade (Rogers, 1995; Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean, 1997). O emprego contribuiu igualmente para o estabelecimento de novas relações interpessoais e aumento de redes de suporte social e para o envolvimento e participação noutras actividades da comunidade (Revell, Kregel, Wehman & Bond, 2000).

O contacto e o estabelecimento de parcerias com a comunidade empresarial assumem uma importância primordial no desenvolvimento dos programas de emprego apoiado. As empresas e os seus recursos humanos são envolvidos nos processos de formação em contexto de trabalho e integração profissional. O suporte natural das empresas traduz-se em melhores resultados em termos do desempenho, do desenvolvimento de relações interpessoais e da satisfação profissional (Revell et al, 1999). A consultoria e o apoio prestado pelos programas de emprego apoiado, no processo de formação e na fase pós contratação, constituem um factor atractivo e um recurso importante para as empresas. Por outro lado, os empresários têm referido que o emprego apoiado tem benefícios para as suas empresas, em termos das práticas e organização do trabalho, da melhoria das relações interpessoais no local de trabalho e para promoção de ambientes

organizacionais inclusivos que respeitem e valorizem a diversidade (Graffama, Smitha, Shinkfield & Polzina, 2002).

Os programas de habitação apoiada (Carling, 1995) baseiam-se em princípios semelhantes aos de emprego apoiado. Estes programas promovem o acesso das pessoas com doença mental a uma habitação própria e integrada na comunidade, respeitando a escolha dos participantes em relação ao local onde querem viver e com quem querem viver. Os suportes são individualizados e flexíveis, apoiando os participantes na selecção, obtenção e manutenção das suas casas, de acordo com as suas necessidades. Por outro lado, o projecto habitacional não é considerado de forma isolada, articulando-se com outros objectivos e necessidades em termos profissionais, educacionais, sociais e de lazer, no sentido de prevenir o isolamento na comunidade (Ornelas, 2008).

O acesso a uma habitação responde às preferências e às necessidades de privacidade e autonomia dos participantes (Ridgway, 2007). A investigação realizada nesta área indica que a escolha e o controlo dos participantes sobre o espaço habitacional e sobre os serviços de suporte que recebem tem um impacto positivo na satisfação com a sua situação habitacional, bem como com a qualidade de vida e integração comunitária (Nelson, Sylvestre, Aubry, George & Trainor, 2007). Outros estudos revelam que 80% a 90% dos participantes mantêm uma situação habitacional estável e que a habitação apoiada favorece o envolvimento noutras actividades na comunidade e contribui para o *recovery* e bem-estar (Ridgway, 2007; Tsemberis, Gulcar & Nakae, 2004).

A criação de parcerias entre senhorios, inquilinos e programas de habitação apoiada tem contribuído para o aumento das oportunidades habitacionais e para o fortalecimento dos processos de integração comunitária e *recovery* das pessoas com experiência de doença mental (Kloos, Zimmerman, Scrimenti & Crusto, 2002). Os autores referem que o trabalho colaborativo dos vários *stakeholders* facilita os processos de comunicação, a prevenção e a resolução de problemas e o investimento na qualidade das habitações. Os senhorios têm tido, igualmente, um papel facilitador dos processos de integração, disponibilizando informação sobre os recursos comunitários, apresentando os inquilinos aos vizinhos e a outros membros da comunidade, promovendo, deste modo, o estabelecimento de ligações de vizinhança que são fundamentais para o sentimento de pertença e inclusão. Estas parcerias têm facilitado a mobilização de novos senhorios e

de outros membros da comunidade que apreciam a oportunidade de colaborar neste tipo de iniciativas, revelando o potencial para intervenções mais abrangentes em termos da melhoria da qualidade de vida dos bairros (Kloos et al, 2002).

Os programas de educação apoiada dirigem-se às pessoas que pretendem voltar a estudar em qualquer grau de ensino (Pomeroy & Pape, 1999). A melhoria das qualificações aumenta as oportunidades de emprego e de compatibilidade entre os interesses pessoais e a carreira profissional (Unger & Pardee, 2002). Estes programas disponibilizam vários apoios, de acordo com as necessidades dos participantes, ao nível da selecção, acesso e manutenção dos projectos escolares, bem como no desbloqueamento de bolsas de estudo e outros recursos.

Este apoio também pode incluir a colaboração com as escolas e os professores para negociar suportes e ajustamentos que facilitem o sucesso dos alunos, como a possibilidade de reuniões de tutoria com professores, de mudar o calendário dos exames ou ter aulas de recuperação. A investigação demonstrou que as pessoas com experiência de doença mental podem voltar com sucesso à escola, na medida em que o sucesso académico não é influenciado pelo diagnóstico psiquiátrico mas pelos apoios educativos e sociais que são disponibilizados (Unger, Pardee & Shafer, 2000). Os programas de educação apoiada podem ter um papel fundamental com as pessoas mais jovens, para que não cheguem a interromper os seus estudos e as ligações com o seu grupo de colegas e amigos.

8. Avaliação de Recovery

A necessidade de criar e fortalecer a evidência científica sobre o recovery reveste-se de particular importância, não apenas para devolver a esperança aos consumidores/sobreviventes, famílias e profissionais, mas também para que os profissionais e sistemas de saúde mental reconheçam a sua validade teórica e aplicação prática.

No seu conjunto, o leque de instrumentos actualmente disponíveis parece englobar as diferentes definições de *recovery*. Alguns desses instrumentos procuram evidências da

redução dos sintomas e melhoria do funcionamento social (Harding et al., 1987a), como critérios de *recovery*. Outros baseiam-se nas ideias dos consumidores/sobreviventes sobre o *recovery*, procurando indicadores de esperança e *empowerment* (Young, Ensing & Bullock, 1999).

Uma equipa de consumidores, profissionais e investigadores, nos Estados Unidos, organizou um compêndio de instrumentos de avaliação do *recovery* ou de questões que com ele se relacionam, intitulado *Can We Measure Recovery?* (Ralph, Kidder, & Phillips, 2000). De um modo geral, estes instrumentos baseiam-se em modelos de *recovery* elaborados a partir das experiências dos consumidores/sobreviventes e consistem em questionários e escalas para avaliar o *recovery* e as atitudes dos consumidores e profissionais sobre o fenómeno. Esse compêndio inclui instrumentos como o Recovery Assessment Scale (Giffort et al., 1995), o *Rochester Recovery Inquiry* (Hopper et al., 1996), o *Recovery Interview* (Heil & Johnson, 1998), o Recovery Attitudes Questionnaire (Borkin et al., 1998), o *Mental Health Recovery Measure* (Young, Ensing & Bullock, 1999), a *Well-Being Scale* (Campbell & Schraiber, 1989), a *Hope Scale* (Snyder et al., 1991) e a *Making Decisions Empowerment Scale* (Rogers et al., 1997). Em 2005 foi publicado um segundo compêndio, com um conjunto de novos instrumentos (Campbell-Orde, Chamberlin, Carpenter, & Leff, 2005).

Existe actualmente um grande interesse em construir e utilizar instrumentos ao nível da avaliação das organizações. Os instrumentos referidos anteriormente avaliam o *recovery* ao nível individual. Embora possam ser também utilizados para avaliar as organizações – por uma extrapolação lógica, uma organização na qual os indivíduos recuperam é orientada para o *recovery* – eles não avaliam as mudanças nas práticas organizacionais. As iniciativas que têm procurado construir instrumentos para avaliar em que medida os serviços implementam práticas orientadas para o *recovery*, são relativamente recentes, pelo que o leque deste tipo de ferramentas é ainda reduzido.

O Projecto de Investigação Nacional para o Desenvolvimento de Indicadores de Desempenho de um Sistema Facilitador do *Recovery* (Dumont, Ridgway, Onken, Dornan & Ralph, 2005) foi uma iniciativa conjunta de vários organismos de saúde mental, de diferentes estados, nos EUA, levada a cabo por uma equipa de investigação constituída por profissionais e consumidores/sobreviventes. Este projecto teve como

objectivo desenvolver um instrumento de avaliação do desempenho dos sistemas locais e estatais de saúde mental e dos prestadores de serviços, de forma a gerar dados comparáveis entre os vários sistemas e promover a adopção de práticas facilitadoras do *recovery*. Com base num estudo qualitativo sobre os factores que facilitam e dificultam o *recovery* (Onken et al., 2002), foi elaborado um instrumento de avaliação da orientação de *recovery* dos serviços de saúde mental, designado ROSI – *Recovery Oriented Systems Indicators Recovery* (Dumont et al., 2005). Este instrumento compreende dois questionários, um dirigido aos consumidores dos serviços que incide em domínios como a escolha e tomada de decisão, cuidados pessoais e bem-estar, papéis e actividades significativos e acesso aos recursos, e outro para os administradores dos serviços e que se focaliza na orientação e cultura da organização, na escolha e envolvimento dos consumidores nas actividades de gestão.

Inspirados nos referenciais da qualidade, Farkas, Gagne, Anthony e Chamberlin (2005) traduziram os valores do *recovery* para standards ao nível dos programas de saúde mental. Os autores identificaram quatro valores que apoiam o processo de *recovery*: a orientação para a pessoa, envolvimento dos consumidores no planeamento e prestação dos serviços que recebem, auto-determinação e potencial de crescimento. Os programas verdadeiramente orientados para o *recovery* devem integrar os princípios do *recovery* em todas as suas dimensões, incluindo a missão, gestão, sistema de registos, ligações com outros recursos da comunidade, selecção, formação e supervisão dos profissionais.

Um outro instrumento, desenvolvido recentemente, é o *Recovery Self Assessment* (O’Connell et al., 2003), o qual possibilita uma avaliação a partir da perspectiva dos consumidores, das famílias e profissionais. A elaboração desta escala partiu da recensão da literatura produzida pelos consumidores/sobreviventes, profissionais e investigadores para identificar vários princípios comuns de *recovery*. As práticas associadas com cada um destes princípios de *recovery* foram depois exploradas e articuladas, numa segunda etapa desta investigação. O instrumento contém cinco sub-escalas: objectivos de vida, participação dos utilizadores, diversidade de opções, escolha e serviços individualizados.

A *Recovery Enhancing Environment* (Ridgway & Press, 2004) foi elaborada com base nos relatos dos consumidores/sobreviventes sobre os seus processos de *recovery* e sobre

os suportes que tinham sido facilitadores, bem como numa revisão da literatura sobre os factores que promovem a resiliência na população em geral. A REE possibilita aos consumidores avaliarem o seu próprio processo de *recovery*, as suas necessidades e prioridades e os resultados alcançados. Um segundo conjunto de questões incide sobre o clima organizacional dos serviços e sobre o apoio prestado pelos profissionais. Este instrumento compreende várias sub-escalas e perguntas abertas.

A investigação sobre o *recovery* e sobre as práticas promotoras do *recovery* é fundamental para aumentar e enriquecer a base de conhecimento disponível para orientar a inovação e a eficácia das políticas e das práticas em saúde mental. Este é, aliás, um campo de interesse crescente. Os últimos números do *Psychiatric Rehabilitation Journal*, uma revista de referência nesta área, têm sido profícuos em artigos sobre estudos neste domínio. O processo de desenvolvimento futuro deste tipo de estudos ou instrumentos de avaliação pode acarretar o risco do enfraquecimento do poder dos consumidores/sobreviventes sobre o conceito que eles próprios criaram e desenvolveram (Campbell-Orde et al, 2005). Esse risco poderá, contudo, ser minimizado ou ultrapassado com a participação de consumidores/sobreviventes nas equipas de investigação e com a utilização de metodologias colaborativas.

IV. Descrição do Estudo

1 – Objectivos do Estudo

O objectivo geral do estudo é aprofundar o conhecimento sobre os factores organizacionais dos serviços de suporte comunitários que são promotores dos processos de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental e, em resultado desse conhecimento, contribuir para a melhoria dos serviços prestados.

Este estudo tem um carácter exploratório, tendo sido realizado numa organização comunitária que presta serviços de suporte a pessoas com experiência de doença mental. Nesse sentido, o estudo terá como objectivos específicos:

- Aferir se as práticas e procedimentos da organização são consistentes com os valores e princípios do *recovery*;
- Analisar as percepções que os três grupos de *stakeholders* – utilizadores dos serviços, as suas famílias e os profissionais, têm sobre essas práticas e procedimentos;
- Identificar pontos fortes e pontos a melhorar nas práticas organizacionais, com vista a adopção de soluções que potenciem os processos de *recovery* dos utilizadores;
- Devolver e debater os resultados do estudo com os vários *stakeholders* da organização, no sentido do ajustamento e melhoria dos serviços;
- Perscrutar novas soluções e domínios a ter em consideração no desenvolvimento de programas comunitários que adoptem uma orientação de *recovery*.

2 – O contexto da pesquisa

O presente estudo foi realizado na AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. A AEIPS é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, reconhecida como pessoa colectiva de utilidade pública, criada em 1987 por profissionais, famílias e pessoas com doença mental. A AEIPS tem como missão promover “*o recovery e integração comunitária de pessoas com experiência de doença mental, através de processos de empowerment e participação social*”.

A AEIPS tem em funcionamento um Centro Comunitário e três Residências Comunitárias. No Centro Comunitário desenvolve os seguintes serviços:

- Programa de Emprego Apoiado – tem como objectivo promover o acesso de pessoas com doença mental ao mercado competitivo de trabalho, proporcionando um conjunto de suportes ao nível da escolha, procura, negociação e manutenção do emprego.
- Programa de Educação Apoiada – suportes específicos para pessoas com experiência de doença mental que pretendem voltar a estudar, em qualquer grau de ensino (básico, secundário, superior) nos contextos escolares formais.
- Outros Projectos Individuais na Comunidade – apoio na concretização de outros projectos individuais nas mais diversificadas áreas de interesse (ex: cursos de línguas estrangeiras, desporto, artes plásticas, música).
- Centro de *Empowerment* e Ajuda Mútua – coordenado pelos utilizadores. De entre as suas actividades, a dinamização dos grupos de ajuda-mútua (misto e de mulheres), a edição de uma publicação trimestral (Jornal Interpares) e os contactos com redes e organizações nacionais e internacionais de pessoas com doença mental.
- Participação das Famílias – a participação e o apoio às famílias é outra das áreas fundamentais. Para além do envolvimento e colaboração nos projectos individuais dos seus familiares, as famílias dispõem de uma Reunião Mensal com uma função essencialmente formativa e informativa e de um Grupo de Ajuda Mútua, constituído e dinamizado exclusivamente por familiares, que proporciona um espaço de partilha de experiências, de suporte mútuo e de colaboração na resolução de problemas comuns.

3 – Questões de investigação

Neste estudo foram estabelecidas quatro questões de investigação, às quais procuraremos dar resposta através da análise aprofundada dos resultados obtidos. Estas quatro questões de investigação são as seguintes:

1. Estarão os serviços da AEIPS orientados segundo os valores e os princípios do *recovery*?
2. Que factores organizacionais são identificados como tendo maior impacto nos processos de *recovery* dos utilizadores?
3. Existem diferenças entre as perspectivas dos vários *stakeholders*?
4. Que dimensões são identificadas, pelos *stakeholders*, como tendo que ser melhoradas ou criadas, no sentido de se aumentar as oportunidades de *recovery* dos utilizadores?

4 – Metodologia

No nosso estudo utilizámos uma metodologia de investigação-acção participativa. Esta forma de promover a investigação procura combinar o aumento do conhecimento com a intervenção social (Ornelas, 2008). Mais do que deixar os resultados de investigação como legado, a investigação-acção participativa pretende desenvolver a capacidade dos indivíduos e das organizações envolvidas e contribuir para a melhoria da eficácia das intervenções.

A investigação-acção assenta num conjunto de princípios que procurámos implementar no decurso do presente estudo sobre os serviços comunitários orientados para o *recovery* das pessoas com experiência de doença mental. A investigação deverá fundamentar-se nas necessidades dos indivíduos ou dos contextos onde é realizada e beneficiar os participantes envolvidos (Rappaport, 1990). A investigação deverá

expressar as opiniões dos participantes, permitindo compreender os seus pontos de vista e criar um contexto que possibilite aos diferentes actores reflectir e trabalhar em conjunto na busca de soluções (Stringer, 1999).

Os resultados da investigação-acção participativa são importantes pelo seu valor, reconhecido pelos participantes, e pelos seus contributos para a mudança. Mas os seus processos de pesquisa também o são. O método de estudo não muda apenas a nossa compreensão sobre um determinado fenómeno, como muda as pessoas que participam na investigação (Rappaport, 1990). Deste modo, a investigação pode tanto impedir como ajudar as pessoas no seu processo de *recovery*. Assim, um dos objectivos da investigação deverá ser implementar um processo de pesquisa que seja significativo e *empowering* para aqueles que participam no projecto (Fetterman, 2000; Rappaport, 1990) e, ao mesmo tempo, que possa melhorar o conhecimento sobre o processo e as práticas organizacionais promotoras de *recovery*.

Uma característica fundamental da investigação-acção participativa é o facto dos participantes serem envolvidos como parceiros em todas as fases da investigação (Ornelas, 2008), desde a sua definição inicial, implementação, análise dos resultados e discussão das suas implicações para a intervenção. Deste modo, é uma abordagem consistente com os valores de *empowerment*, participação e sentimento de comunidade da psicologia comunitária. Por outro lado, a investigação-acção não requer o distanciamento do investigador dos interesses dos grupos e organizações implicados. Ao contrário, o investigador é um apoiante dos sujeitos implicados na acção (Guerra, 2002).

No nosso estudo pretendemos não apenas aferir se as práticas desenvolvidas pela Associação estão orientadas por um referencial de *recovery*, mas também conhecer as opiniões dos seus diferentes *stakeholders* e fomentar a sua participação na implementação do estudo, na análise dos resultados e na elaboração de propostas de melhoria dos serviços, no sentido de responder de forma mais eficaz às necessidades dos seus utilizadores. Nesse sentido, constituímos um grupo de colaboradores da investigação, com representantes dos vários *stakeholders* da associação e organizamos grupos de discussão sobre os resultados.

A metodologia de investigação-acção utiliza a diversidade dos métodos disponíveis ao nível das ciências sociais. Neste estudo combinamos métodos quantitativos com métodos qualitativos. Deste modo, seleccionámos e utilizamos a Escala *Recovery Self-Assessment (RSA)* por nos parecer ser um instrumento que se adequava aos propósitos da investigação. Os dados qualitativos foram obtidos através da introdução de duas questões abertas e da realização de grupos de discussão que possibilitaram um aprofundamento e uma análise colaborativa dos resultados.

5 – Instrumento

Neste estudo foi utilizado a *Recovery Self Assessment* (O’Connell, Tondora, Croog, Evans & Davidson, 2005), um instrumento concebido para aferir o grau pelo qual os programas de suporte comunitários implementam práticas orientadas para o *recovery*. Esta escala foi desenvolvida a partir de uma extensa revisão da literatura e dos contributos de pessoas em *recovery*, famílias, técnicos, directores e administradores dos serviços. Partindo de um conjunto de princípios de *recovery*, os autores procuraram identificar práticas que pudessem ser avaliadas a partir de múltiplas perspectivas: utilizadores dos serviços, famílias e profissionais.

A *Recovery Self Assessment (RSA)* contém 36 itens que se agrupam em 5 sub escalas que correspondem aos seguintes domínios: objectivos de vida, participação, diversidade de serviços de suporte; escolha e serviços individualizados. Os domínios foram identificados através da Análise Factorial de Componentes Principais com uma rotação Varimax. Todos os itens são avaliados com uma escala de Likert com cinco pontos que vão do 1=Discordo Totalmente até ao 5=Concordo Totalmente. Um elevado nível de concordância dos participantes com os itens da escala reflecte uma elevada orientação de *recovery* das práticas organizacionais.

A escala teve índices elevados de resultados nos testes a que foi submetida. A escala demonstrou um bom nível de consistência interna, obtendo um resultado significativo no alfa de cronbach com um índice de 0,94, com uma amostra de 974 participantes. O cálculo do coeficiente de cronbach permite estimar a fiabilidade do instrumento, com base na correlação média entre os itens que constituem a escala, ponderada pelas

respectivas variâncias. Este coeficiente pode assumir valores entre 0 e 1, considerando-se que existe uma boa consistência quando apresenta valores superiores a 0,8.

No nosso estudo, embora a amostra tenha sido menor, obtivemos um resultado semelhante no alfa de cronbach, com um valor de 0,94.

Tabela 1 – Consistência Interna – Alpha de Cronbach

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,946	,948	36

Face aos resultados obtidos, pode considerar-se que existe uma boa correlação entre os itens e que a escala apresenta uma consistência interna elevada porque os valores são superiores a 0,90.

6 – Procedimentos

Criação do grupo de colaboradores da investigação

Este estudo foi realizado numa perspectiva participativa. Nesse sentido, constituímos um grupo de colaboradores da investigação, com representantes dos três grupos de *stakeholders* da Associação. O grupo foi constituído por quatro pessoas com experiência de doença mental, dois familiares e dois técnicos.

Tradução e adaptação do questionário

O trabalho de adaptação da Escala *RSA* decorreu durante cinco reuniões, com a duração de 2 horas cada. Todos os passos deste trabalho foram registados em actas, pelos participantes e arquivadas no dossier de investigação.

Na primeira reunião foi feito um breve enquadramento do tema e uma apresentação dos objectivos e metodologia do estudo. Propusemos que o grupo participasse na revisão da

tradução e adaptação do instrumento, na facilitação da aplicação dos questionários e na análise dos resultados. Todos os participantes manifestaram a sua disponibilidade, interesse e entusiasmo em colaborar na realização deste trabalho. Nesta primeira reunião fizemos ainda, em conjunto, uma primeira leitura das questões do instrumento. Foram distribuídas por todos os colaboradores a versão original da escala.

Na segunda e terceira reuniões, o grupo procedeu à tradução do questionário. Item por item, fez-se uma leitura da versão original, confrontando-a com as propostas de tradução. Em relação aos itens 4 e 12, o grupo concordou que o instrumento se deveria referir exclusivamente às pessoas com experiência de doença mental, tendo em conta os participantes da Associação. A versão original incluía também pessoas em *recovery* da adição de substâncias. No mesmo sentido, as várias designações profissionais referidas no item 6 foram adaptadas ao contexto da Associação.

Os membros do grupo chamaram também a atenção para o facto de alguns dos itens, nomeadamente o 1º e o 8º, encerrarem duas questões diferentes no mesmo item, o que poderia dificultar a escolha da resposta. Neste sentido, o grupo considerou útil a introdução de um campo para observações ou exemplos, de preenchimento facultativo, para cada item da escala que permitisse aos participantes no estudo comentarem ou ilustrarem a sua resposta, se assim o entendessem.

Relativamente aos itens 9, 11 e 15, o grupo concordou em introduzir pequenas notas explicativas relativamente aos termos competência cultural, monitorização e facilitação no sentido de serem mais facilmente compreendidas pela generalidade dos participantes. Do mesmo modo, no item 5 e 12, foi sugerida a substituição da palavra serviços por actividades.

Introduzimos ainda duas questões abertas: a primeira de identificação de um ou dois aspectos da associação que contribuído mais significativamente para o processo de *recovery*, a segunda para recolher uma ou duas sugestões ou comentários sobre o que a associação poderia fazer para apoiar melhor os membros no seu processo de *recovery*.

Na quarta reunião, realizámos a revisão final da tradução do instrumento e elaborámos um texto de apresentação do estudo, para constar em todos questionários. Foram

também debatidos os procedimentos para assegurar o anonimato dos participantes e de assinatura do formulário de consentimento. Nessa reunião definimos também, em mais detalhe, o papel dos colaboradores e os procedimentos a adoptar na facilitação da aplicação dos questionários. Ficou combinado que os membros do grupo ficariam responsáveis por recolher as respostas dos questionários junto dos seus pares. Assim, os utilizadores dos serviços do grupo de investigação fariam esse trabalho junto dos outros membros (designação utilizada na Associação para os utilizadores), as famílias junto dos outros familiares e os profissionais recolheriam os questionários dos seus colegas. Ficou igualmente definido que seriam agendados momentos individualizados com cada participante, para auto-preenchimento do questionário, ficando os membros do grupo de investigação disponíveis para tirar dúvidas ou prestar qualquer esclarecimento que estes considerassem oportuno.

Foi realizado um pré-teste com dez membros da Associação, tendo por objectivos fazer uma avaliação final do trabalho, bem como obter uma estimativa do tempo real de duração do preenchimento. Na última reunião, o grupo concluiu que, em relação ao primeiro objectivo, não tinham sido encontradas dificuldades de preenchimento. Em relação ao tempo médio de duração do preenchimento, concluiu-se que seriam necessários 30 a 40 minutos para completar o questionário.

Recolha dos dados

O estudo foi apresentado aos membros e técnicos da Associação no âmbito duma reunião geral que se realiza no Centro Comunitário, de modo a que os participantes pudessem colocar questões e obter os esclarecimentos que considerassem pertinentes. Foi referido e assegurado aos utilizadores que a sua participação no estudo era inteiramente voluntária e que estes teriam a possibilidade de escolher o dia e a hora que mais lhes conviesse para responder ao questionário. O mesmo procedimento foi adoptado com os membros que se encontravam a exercer uma actividade profissional, no decurso da sua reunião semanal de apoio que funciona em horário pós-laboral.

Relativamente às famílias, adoptou-se um processo semelhante, pelo que o estudo foi apresentado na reunião mensal de famílias, por um dos familiares do grupo de investigação. Ficou combinado que os momentos de resposta seriam agendados de acordo com as disponibilidades dos familiares.

O processo de aplicação do questionário decorreu durante um período de quatro meses, tendo o tempo médio de preenchimento decorrido de acordo com o previsto.

Análise dos dados

Depois de obtida a versão final do questionário procedeu-se à estruturação da matriz de variáveis, em torno da qual se realizou a análise estatística. Os dados resultantes do preenchimento do questionário foram codificados e introduzidos no computador. O programa seleccionado foi o SPSS, versão 15.0 para o Windows. Relativamente às questões abertas foi realizada uma análise qualitativa dos dados.

Discussão dos resultados

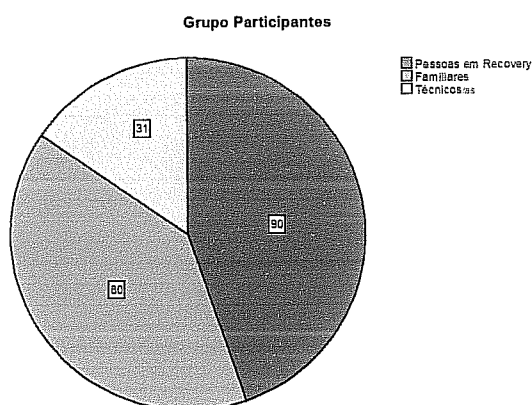
Os resultados do estudo foram, posteriormente, apresentados aos seus participantes na reunião geral e na reunião de famílias. Nessas reuniões, foram organizados pequenos grupos de discussão que se debruçaram sobre os dados obtidos e avançaram com novas propostas de melhoria dos serviços da Associação. Estes momentos foram muito apreciados pelos participantes. Os resultados destes grupos de discussão foram também integrados neste trabalho.

V. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo iremos apresentar os dados obtidos com a aplicação do questionário, bem como os resultados dos grupos de discussão. Iniciamos com a caracterização demográfica dos participantes. De seguida apresentamos a análise descritiva dos resultados da escala e sub-escalas de *recovery*, bem como a análise inferencial dos dados. Por último, apresentamos a análise dos dados qualitativos.

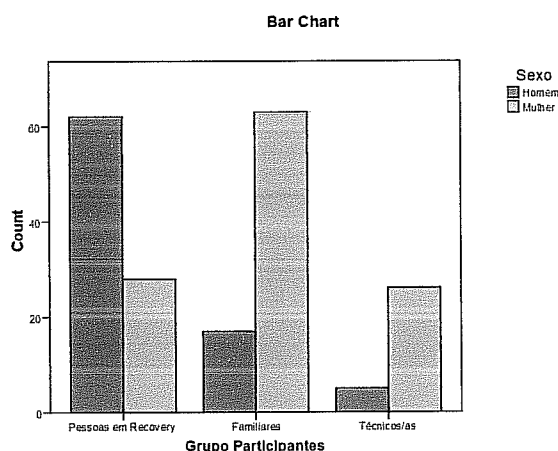
1 – Caracterização Demográfica dos Participantes

Gráfico 1 – Caracterização Demográfica – Grupo de Participantes



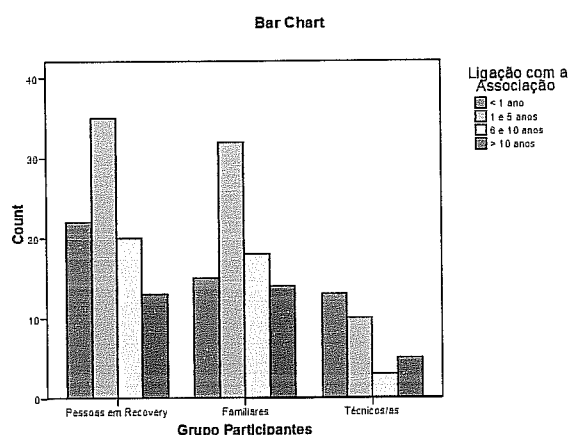
Dos 201 participantes, 90 (44,8%) são utilizadores/as dos serviços (pessoas em *recovery*), 80 (39,8%) são familiares e 31 (15,4%) são técnicos/as da associação.

Gráfico 2 – Caracterização Demográfica – Sexo por grupo de participantes



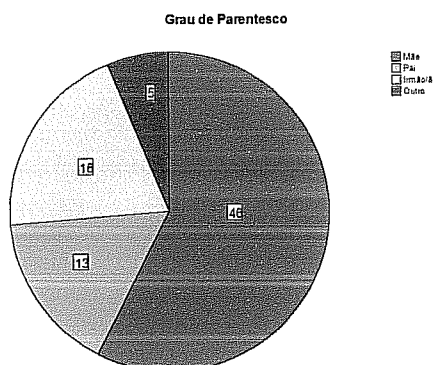
Relativamente à distribuição dos participantes por sexo, 117 (58,2%) são mulheres e 84 (41,8%) são homens. Em termos dos grupos de participantes, verificamos que enquanto nas pessoas em *recovery* a maioria são do sexo masculino, nos outros dois grupos a maioria é largamente do sexo feminino. Deste modo, a distribuição por sexo e por grupo de participantes é a seguinte: pessoas em *recovery*: 28 mulheres e 62 homens; familiares: 63 mulheres e 17 homens; técnicos/as: 26 mulheres e 5 homens.

Gráfico 3 – Caracterização Demográfica – Anos de ligação com a Associação por grupo de participantes



No que concerne aos anos de ligação dos participantes com a Associação, 25% dos participantes (N=50) contactaram com os serviços da associação há menos de um ano, 38,5% dos participantes (N=77) mantêm uma ligação que varia entre 1 a 5 anos, 20,5% dos participantes (N=41) entre 6 a 10 anos e 16% dos participantes (N=32) têm uma ligação à Associação com mais de 10 anos.

Gráfico 4 – Caracterização Demográfico – Grau de parentesco do grupo das famílias



Relativamente ao grupo dos familiares que participaram no estudo, mais de metade é constituído pelas mães dos/as utilizadores/as (57,5%), 13 dos participantes (16,3%) são pais, 16 são irmãos ou irmãs (20%) e 5 dos participantes (6,3%) têm outro grau de parentesco (avós, tios ou primos).

2 – Análise Descritiva da Escala de Recovery

Apresentamos, em primeiro lugar, a análise descritiva dos resultados globais da escala e das várias sub-escalas. De seguida faremos uma apresentação item a item, ordenando os itens de acordo com as várias sub-escalas. Por fim, faremos uma análise descritiva da escala e sub-escalas por grupo de participantes. Os dados item a item, por grupo de participantes, podem ser consulados em anexo.

Tabela 2 – Estatística Descritiva da Escala de Recovery – Número de Participantes

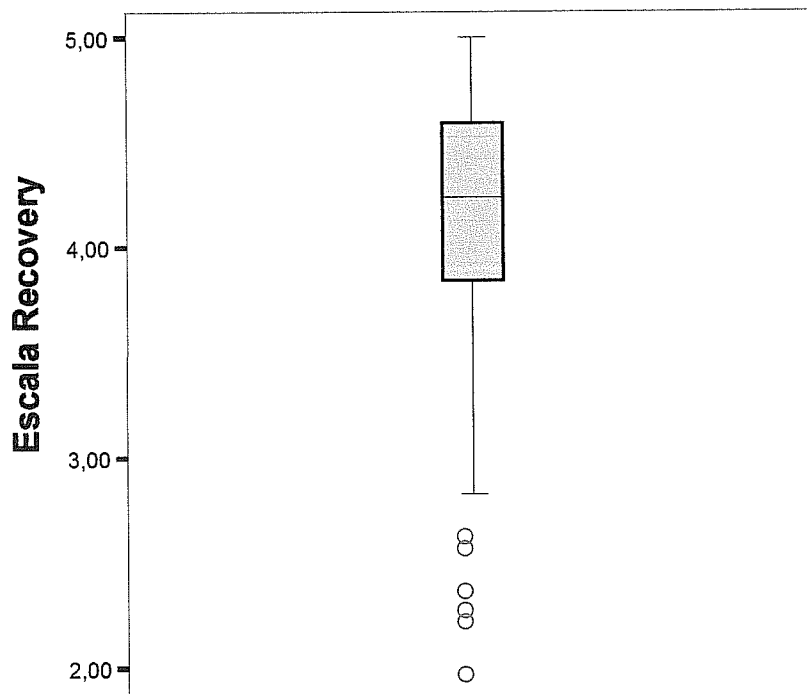
ESCALA RECOVERY						
Participantes	Válidos		Missing		Total	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Pessoas em <i>recovery</i>	88	97,8%	2	2,2%	90	100%
Familiares	73	91,3%	7	8,8%	80	100%
Técnicos/as	30	96,8%	1	3,2%	31	100%
TOTAL	191	95%	10	5%	210	100%

Na análise estatística da Escala de Recovery, foram apenas considerados os 191 participantes que obtiveram, pelo menos, 20 respostas válidas no conjunto dos 36 itens (estimando-se um valor médio das respostas). Deste modo, 10 participantes foram excluídos da amostra para efeitos do cálculo dos valores globais da Escala de Recovery. O grupo dos familiares foi onde se registou uma menor percentagem de participantes com o número mínimo de respostas válidas. Como veremos mais à frente, este facto deveu-se ao alegado desconhecimento de algumas famílias sobre as práticas específicas de funcionamento da Associação, não obstante contactarem regularmente com a instituição.

No Gráfico 5 apresentamos os resultados da Escala de *Recovery*. Este tipo de gráfico baseia-se na localização dos quartis (1º quartil ou percentil 25, 2º quartil ou mediana, 3º quartil ou percentil 75) que definem 4 sub-intervalos, cada um com 25% das observações. Como referimos anteriormente, todos os itens da RSA são avaliados com

uma escala de likert com 5 pontos, pelo que os valores poderão variar entre o 5=Concordo totalmente e o 1=Discordo totalmente.

Gráfico 5 – Gráfico de Extremos e Quartis da Escala de Recovery



Podemos observar que, no conjunto dos itens da RSA, os valores médios observados variaram entre o 5 e o 2,83 (excluindo os outliers), situando-se a mediana nos 4,23. Deste modo, 75% das observações situam-se entre os 3,82 (1º quartil) e o valor máximo de 5, o que reflecte um bom nível de concordância dos participantes com as afirmações enunciadas nos vários itens. Podemos, ainda, detectar alguns *outliers*, ou seja, valores 1,5 superiores ao 3º quartil + AIQ ($q_3 - q_1$) ou 1,5 inferiores ao 1º quartil - AIQ ($q_3 - q_1$) e que se referem a 6 participantes que avaliaram de forma menos positiva o conjunto dos itens da escala.

Tabela 3 – Estatística Descritiva da Escala Recovery

Escala de Recovery	
Média	4,13
Mediana	4,23
Desvio Padrão	,60
Skewness	-,979
Kurtosis	1,14
Percentil 25	3,82
Percentil 75	4,60

Tabela 4 – Estatística Descritiva das Sub-Escalas – Número de Participantes

SUB-ESCALAS						
Sub-escala Objectivos de Vida						
Participantes	Válidos		Missing		Total	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Pessoas em <i>recovery</i>	83	92,2%	7	7,8%	90	100%
Familiares	56	70,0%	24	30,0%	80	100%
Técnicos/as	28	90,3%	3	9,7%	31	100%
TOTAL	167	83,1%	34	16,9%	210	100%
Sub-escala Participação						
Participantes	Válidos		Missing		Total	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Pessoas em <i>recovery</i>	83	92,2%	7	7,8%	90	100%
Familiares	53	66,3%	27	33,8%	80	100%
Técnicos/as	29	93,5%	2	6,5%	31	100%
TOTAL	165	82,1%	36	17,9%	210	100%
Sub-escala Diversidade de Serviços de Suporte						
Participantes	Válidos		Missing		Total	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Pessoas em <i>recovery</i>	86	95,6%	4	4,4%	90	100%
Familiares	64	80,0%	16	20,0%	80	100%
Técnicos/as	31	100%	0	0%	31	100%
TOTAL	181	90%	20	10%	210	100%
Sub-escala Escolha						
Participantes	Válidos		Missing		Total	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Pessoas em <i>recovery</i>	86	95,6%	4	4,4%	90	100%
Familiares	70	87,5%	10	12,5%	80	100%
Técnicos/as	31	100%	0	0%	31	100%
TOTAL	186	92,5%	15	7,5%	210	100%
Sub-escala Serviços Individualizados						
Participantes	Válidos		Missing		Total	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Pessoas em <i>recovery</i>	86	95,6%	4	4,4%	90	100%
Familiares	61	76,3%	19	23,8%	80	100%
Técnicos/as	29	93,5%	2	6,5%	31	100%
TOTAL	176	87,6%	25	12,4%	210	100%

Na análise estatística das Sub-Escalas foram apenas considerados os participantes que obtiveram o número mínimo de respostas válidas no conjunto dos respectivos itens, a saber: Sub-escala Objectivos de Vida 9 respostas válidas num total de 11 itens; Sub-escala Participação 6 respostas válidas num total de 8 itens; Sub-escala Diversidade de Serviços de Suporte 4 respostas válidas num total de 6 itens; Sub-escala Escolha 4 respostas válidas num total de 6 itens; Sub-escala Serviços Individualizados 4 respostas válidas num total de 5 itens. Tal como observado na análise da Escala, o grupo dos familiares foi o que registou um menor número de respostas válidas, pelo motivo já referido anteriormente.

Tabela 5 – Estatística Descritiva das Sub-Escalas

SUB-ESCALAS			
Sub-Escalas	Objectivos de vida	Média	4,23
		Mediana	4,40
		Desvio Padrão	,66
		Skewness	-1,25
		Kurtosis	1,86
		Percentil 25	3,90
		Percentil 75	4,72
	Participação	Média	4,01
		Mediana	4,12
		Desvio Padrão	,73
		Skewness	-,74
		Kurtosis	,39
		Percentil 25	3,57
		Percentil 75	4,62
	Diversidade de suporte	Média	4,12
		Mediana	4,20
		Desvio Padrão	,72
		Skewness	-,80
		Kurtosis	,40
		Percentil 25	3,66
		Percentil 75	4,75
	Escolha	Média	4,13
		Mediana	4,29
		Desvio Padrão	,72
		Skewness	-1,10
		Kurtosis	,94
		Percentil 25	3,83
		Percentil 75	4,66
Serviços individualizados	Média	4,01	
	Mediana	4,00	
	Desvio Padrão	,70	
	Skewness	-,63	
	Kurtosis	,10	
	Percentil 25	3,60	
	Percentil 75	4,60	

Em relação às 5 sub-escalas, podemos observar valores médios que expressam bons níveis de concordância dos participantes com as afirmações enunciadas no instrumento. Verificamos que os resultados mais elevados se situam nas sub-escalas Objectivos de Vida e Escolha. Na sub-escala Objectivos de Vida a mediana localiza-se no 4,40 e 75% das observações enquadram-se entre o valor máximo de 5 e o 3,90 (percentil 25), o que significa uma elevada frequência de respostas nas opções concordo e concordo totalmente. A sub-escala Escolha apresenta igualmente bons níveis de concordância, com uma mediana de 4,29 e 75% das observações entre o valor máximo de 5 e o 3,83 (percentil 25).

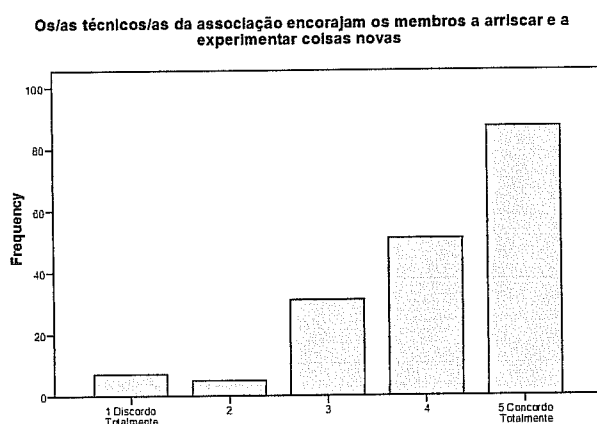
Na Sub-Escala Diversidade de Serviços de Suporte o valor da mediana é de 4,20. Nesta sub-escala 75% das observações situam-se entre o valor máximo de 5 e o 3,66 (percentil 25). As Sub-Escalas Participação e Serviços Individualizados apresentam valores médios ligeiramente mais baixos, embora positivos. Na Sub-escala Participação a mediana é de 4,12 e o 1º quartil situa-se nos 3,57. Na Sub-escala Serviços Individualizados a mediana é de 4,00 e o 1º quartil situa-se nos 3,60.

Para uma análise mais detalhada destes dados, apresentamos, em seguida, a descrição dos resultados item a item, por sub-escalas.

a) Sub-Escala Objectivos de Vida

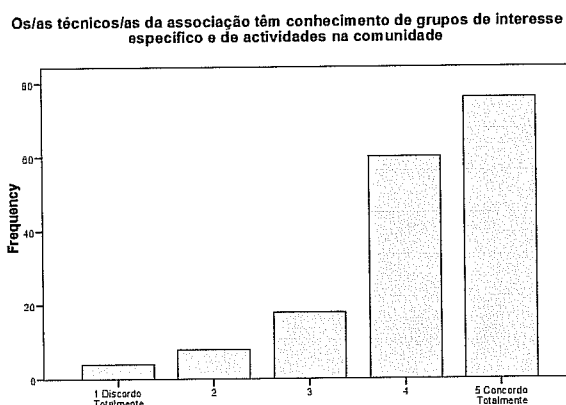
Esta sub-escala inclui os itens nº 14, 16, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 33 e 36.

Gráfico 6 – Frequências Item 14



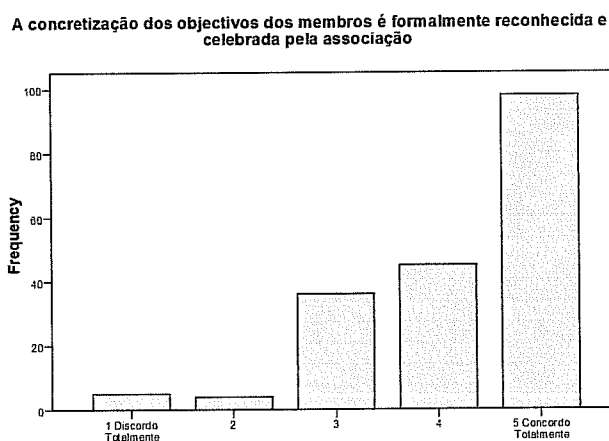
Relativamente a este item, 87 participantes (48,1%) concordam totalmente e 51 concordam (28,2%) que os/as técnicos/as da Associação encorajam os membros a experimentar novas possibilidades e actividades. 31 participantes concordam pouco (17,1%), 5 discordam (2,8%) e 7 discordam totalmente (3,9%) com esta afirmação.

Gráfico 7 – Frequências Item 16



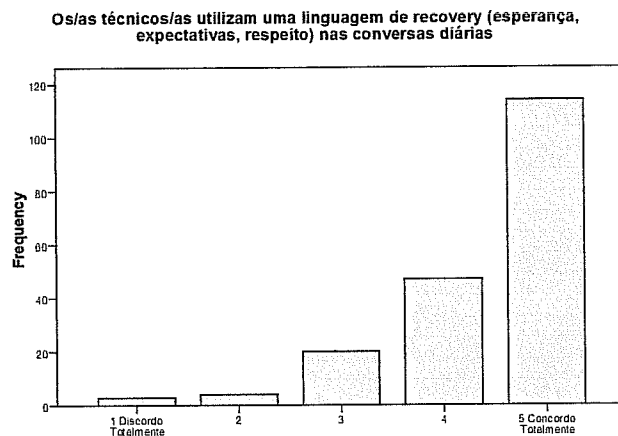
Em relação ao conhecimento que os/as técnicos/as da Associação têm sobre os potenciais recursos existentes na comunidade, 76 participantes concordam totalmente (45,8%) e 60 concordam (36,1%) que esse conhecimento existe. 18 participantes concordam pouco (10,8%), 8 discordam (4,8%) e 4 discordam totalmente (2,4%) com esta afirmação.

Gráfico 8 – Frequências Item 20



A maioria dos participantes no estudo concorda totalmente (52,1%) ou concorda (23,9%) que a Associação reconhece e celebra a concretização dos objectivos individuais dos seus membros. 36 participantes orientam as suas respostas para um nível intermédio (19,1%), 4 discordam (2,1%) e 5 discordam totalmente (2,7%) com esta afirmação.

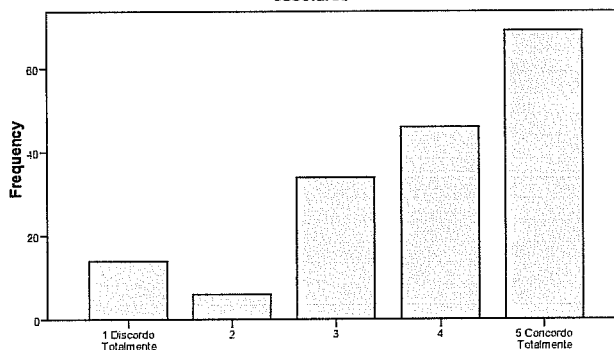
Gráfico 9 – Frequências Item 22



A esperança e a valorização das potencialidades individuais é um aspecto central nos serviços orientados para o *recovery*. Sobre esta questão, 85,6% dos participantes concordam totalmente (N=114) ou concordam (N=47) que os/as técnicos/as aplicam esses valores na sua linguagem e comunicação com os membros da Associação. Apenas 3,7% dos participantes discorda (N=4) ou discorda totalmente (N=3).

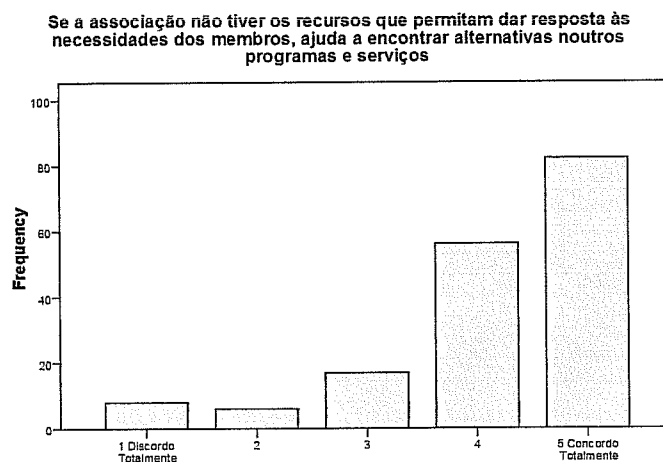
Gráfico 10 – Frequências Item 23

Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares



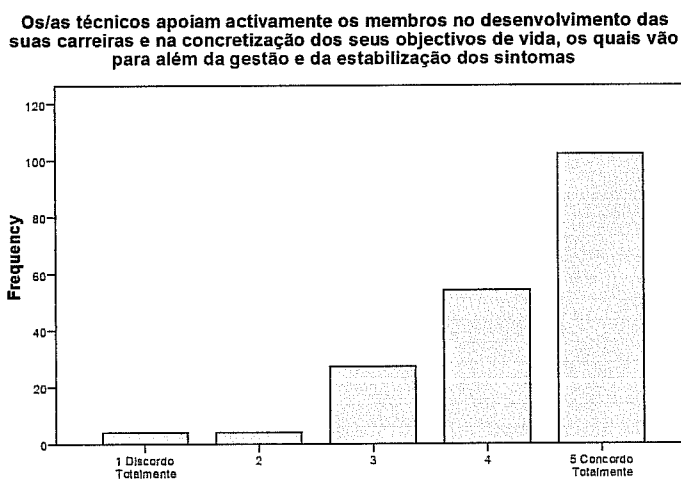
Relativamente ao envolvimento dos membros da Associação em actividades na comunidade, 69 participantes (40,8%) concordam totalmente e 46 concordam (27,2%) que os/as técnicos/as da Associação têm um papel fundamental na facilitação desse processo. 34 participantes (20,1%) situam-se num nível intermédio de resposta, 6 discordam (3,6%) e 14 discordam totalmente (8,3%) com esta afirmação.

Gráfico 11 – Frequências Item 24



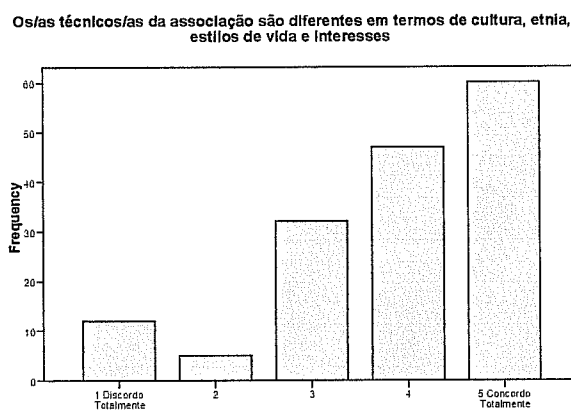
Em relação a este item, 82 participantes (48,5%) concordam totalmente e 56 concordam (33,1%) que a Associação procura encontrar alternativas de suporte noutros programas e serviços quando não dispõe, ela própria, dos recursos adequados. 17 participantes (10,1%) concorda pouco com esta afirmação, 6 discordam (3,6%) e 8 discordam totalmente (4,7%).

Gráfico 12 – Frequências Item 25



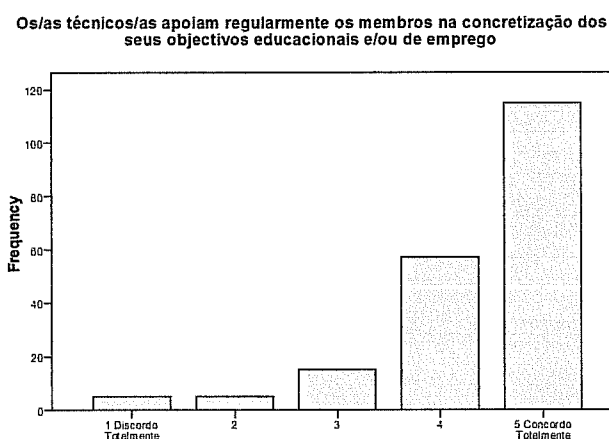
O apoio ao desenvolvimento das carreiras profissionais e à concretização de outros objectivos dos membros da Associação é reconhecido como uma prática da Associação pela maioria dos participantes, sendo que 53,4% (N=102) concorda totalmente e 28,3% (N=54) concorda com a afirmação. 27 participantes situam-se num nível intermédio de concordância (14,1%) e apenas 4,2% discordam (N=4) ou discordam totalmente (N=4).

Gráfico 13 – Frequências Item 26



Esta questão pressupõe que para responder mais adequadamente às necessidades de pessoas que são diversas em termos da sua cultura, etnia, estilos de vida e interesses, as equipas dos serviços comunitários devem procurar reflectir essa diversidade. Sobre esta questão, 60 participantes concordam totalmente (38,5%) e 47 concordam (30,1%) que os/as técnicos/as da Associação são diferentes, entre si, nestes aspectos particulares. No entanto, 32 participantes concordam pouco (20,5%), 5 discordam (3,2%) e 12 discordam totalmente (7,7%) que essas diferenças sejam significativas.

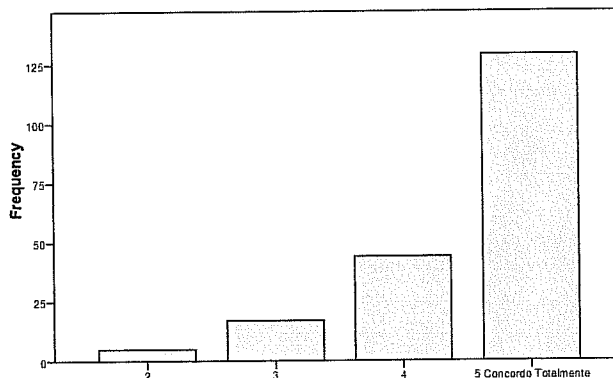
Gráfico 14 – Frequências Item 29



À semelhança do nível de respostas no item 25, uma maioria significativa dos participantes (87,3%) considera que a Associação apoia os seus membros na concretização dos seus objectivos educacionais e de emprego (concorda totalmente N=115; concorda N=57). Apenas 5% dos participantes discorda (N=5) ou discorda totalmente (N=5) que a Associação preste regularmente esse apoio.

Gráfico 15 – Frequências Item 33

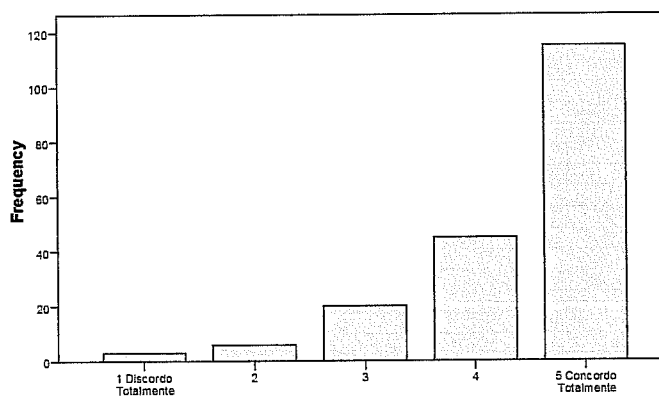
A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos



Também neste item parece haver um consenso nas respostas obtidas. 88,8% dos participantes concorda totalmente (N=129) ou concorda (N=44) que a função dos/as técnicos/as da Associação se traduz no apoio à concretização dos objectivos definidos por cada um dos membros. 17 participantes (8,7%) e 5 (2,6%) discordam desta afirmação. Nenhum participante discordou totalmente.

Gráfico 16 – Frequências Item 36

Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o *recovery* e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte

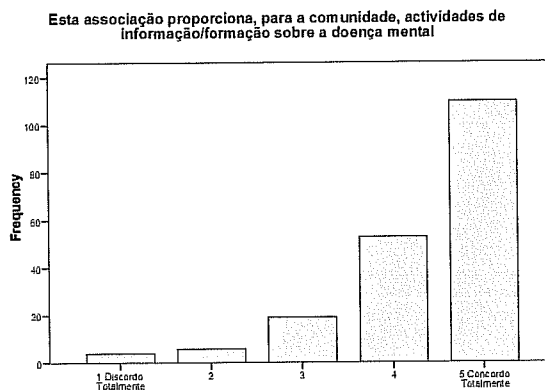


As respostas neste item apresentam também valores elevados. 115 participantes (60,8%) concordam totalmente e 45 (23,8%) concordam que os/as técnicos/as acreditam na possibilidade de *recovery* dos membros e respeitam a sua auto-determinação. Apenas 15,4% dos participantes concorda pouco com esta afirmação (N=20), discorda (N=6) ou discorda totalmente (N=3).

b) Sub-Escala Participação

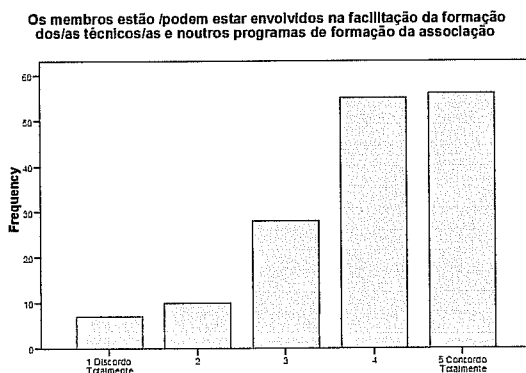
Esta sub-escala inclui os itens nº 12, 15, 21, 27, 30, 31, 32 e 35.

Gráfico 17 – Frequências Item 12



Relativamente a este item, 110 participantes (57,3%) concordam totalmente e 53 (27,6%) concordam que a associação promove acções de informação/formação sobre questões relacionadas com a doença mental, dirigidas à comunidade. 19 participantes (9,9%) concordam pouco, 6 (3,1%) discordam e 4 (2,1%) discordam totalmente que esta seja uma actividade desenvolvida pela Associação.

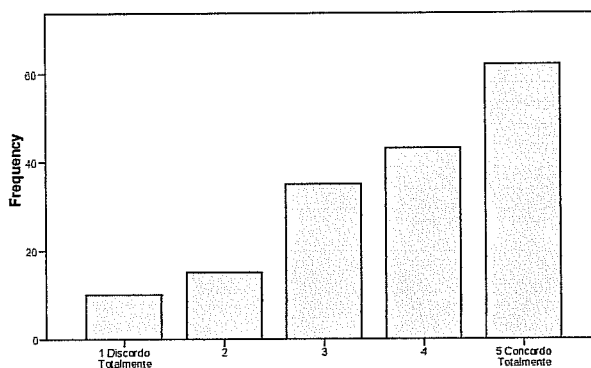
Gráfico 18 – Frequências Item 15



O envolvimento dos utilizadores dos serviços na formação dos técnicos e em outras acções de formação é um aspecto importante do *empowerment* organizacional e comunitário das pessoas com experiência de doença mental e uma característica dos contextos promotores de *recovery*. Relativamente a este ponto, 56 participantes (35,9%) concordam totalmente e 55 (35,3%) concordam que esta é uma prática dos serviços da Associação. 28 participantes (17,9%) orientam a sua resposta para um nível intermédio, 10 discordam (6,4%) e 7 discordam totalmente (4,5%).

Gráfico 19 – Frequências Item 21

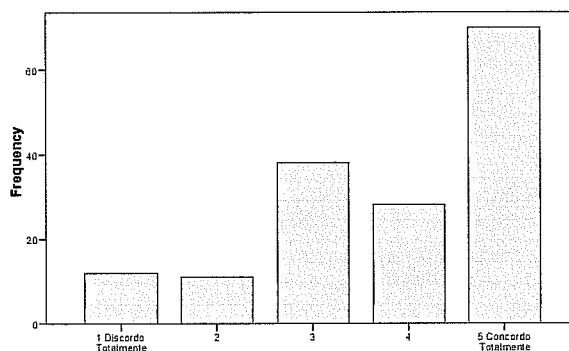
Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação



Em termos do envolvimento dos membros na avaliação dos serviços e da equipa técnica, 62 participantes (37,6%) concordam totalmente e 43 (26,1%) concordam que a Associação proporciona oportunidades para esse tipo de participação. 35 participantes (21,2%) concorda pouco, 15 discordam (9,1%) e 10 discordam totalmente (6,1%) que estas sejam acções onde os membros estejam ou possam estar envolvidos.

Gráfico 20 – Frequências Item 27

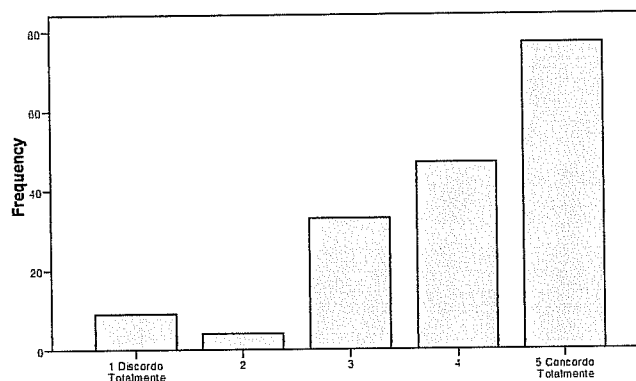
Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação



Como mencionado anteriormente neste trabalho, os serviços orientados para o *recovery* integram os consumidores nos seus órgãos de direcção e gestão. Sobre esta matéria, 70 participantes (44%) concordam totalmente e 28 concordam (17,6%) que os membros da Associação detêm ou podem aceder a cargos nesses órgãos de direcção. 23,9% dos participantes (N=38) situa a sua resposta num nível intermédio de concordância, 11 discordam (6,9%) e 12 discordam totalmente (7,5%) que a Associação proporcione essa possibilidade aos membros.

Gráfico 21 – Frequências Item 30

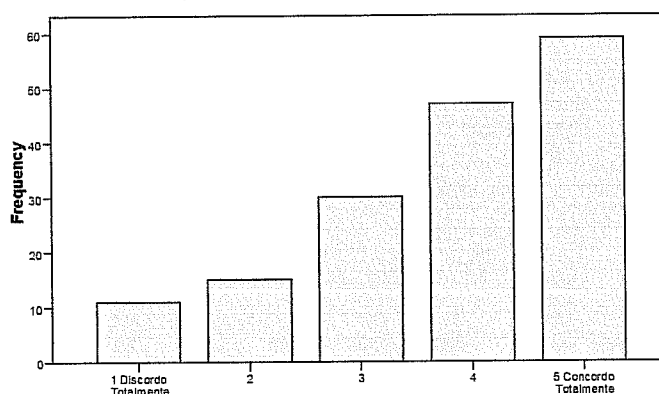
Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços



77 participantes (45,3%) concordam totalmente e 47 concordam (27,6%) que os membros participam ou podem participar no desenvolvimento e implementação de novos serviços de suporte. 33 participantes (19,4%) concorda pouco, 4 discordam (2,4%) e 9 discordam totalmente (5,3%) que esta seja uma possibilidade no contexto da Associação.

Gráfico 22 – Frequências Item 31

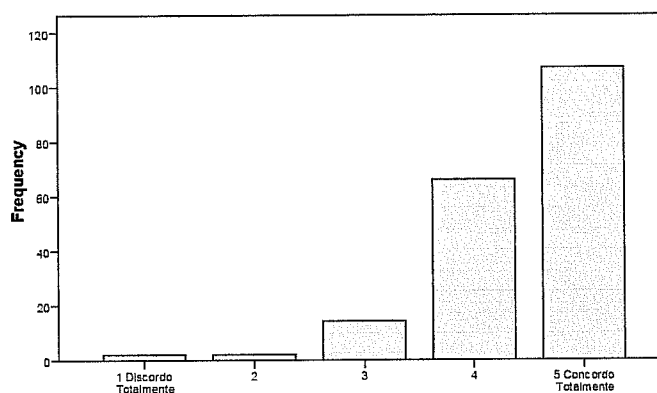
Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)



Relativamente a este item, 59 participantes (36,4%) concordam totalmente e 47 concordam (29%) que os/as técnicos/as promovem e apoiam a participação dos membros em actividades nas suas comunidades. 30 participantes (18,5%) concorda pouco, 15 discordam (9,3%) e 11 discordam totalmente (6,8%) que a equipa técnica desempenhe esse papel.

Gráfico 23 – Frequências Item 32

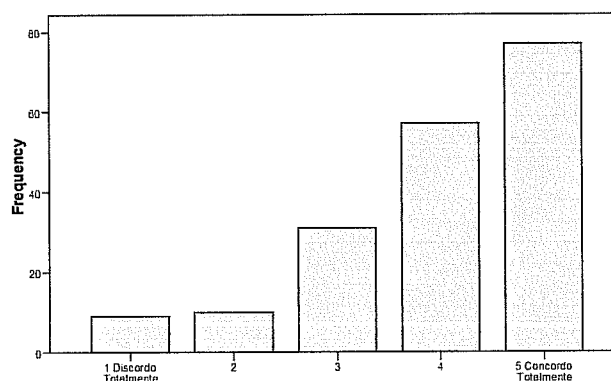
A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery



No que respeita às oportunidades de formação sobre o recovery, a grande maioria dos participantes (90,6%) concorda totalmente (N=107) ou concorda (N=66) que esse é um investimento que a Associação tem procurado realizar. Apenas 9,3% dos participantes concorda pouco (N=14), discorda (N=2) ou discorda totalmente (N=2) que esse propósito se verifique na Associação.

Gráfico 24 – Frequências Item 35

O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços

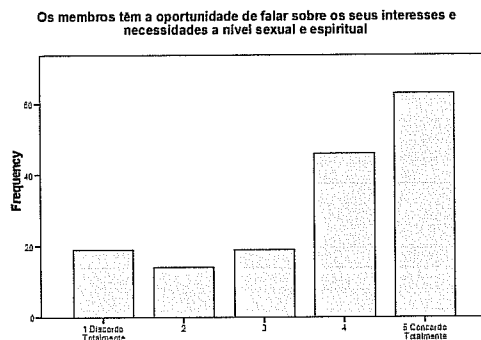


Relativamente a este item, 77 participantes (41,8%) concordam totalmente e 57 concordam (31%) que os serviços prestam apoio no desenvolvimento dos interesses de tempos livres dos membros. 31 participantes (16,8%) situam-se num nível intermédio de concordância, 10 discordam (5,4%) e 9 discordam totalmente (4,9%) com esta afirmação.

c) Sub-Escala Diversidade dos Serviços de Suporte

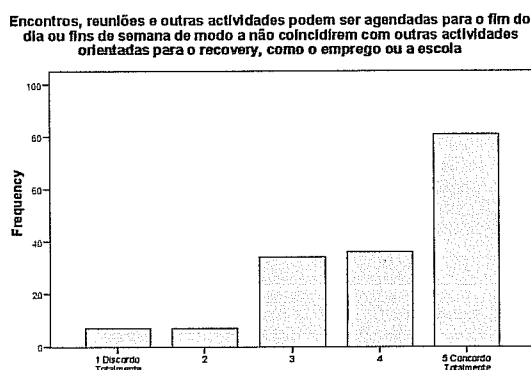
Esta sub-escala inclui os itens nº 8, 17, 18, 19, 28, 34.

Gráfico 25 – Frequências Item 8



Relativamente a este item, 63 participantes (39,1%) concordam totalmente e 46 concordam (28,6%) que têm a oportunidade de falar sobre assuntos de natureza sexual ou espiritual com a equipa técnica ou no âmbito do apoio inter-pares. 19 participantes (11,8%) situam-se num nível intermédio de concordância. Por outro lado, 20, 5% dos participantes discorda (N=14) ou discorda totalmente (N=19) que estes sejam temas que tenham a oportunidade de abordar no contexto da Associação.

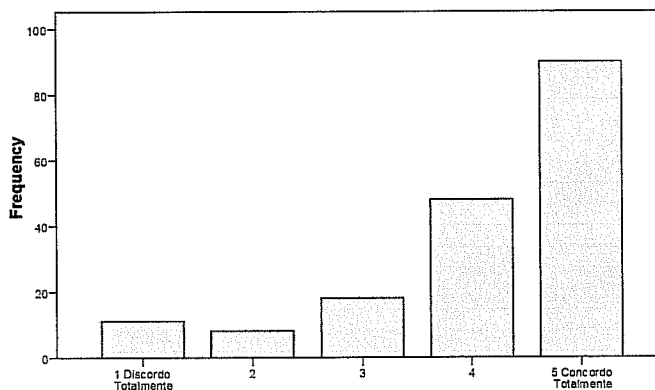
Gráfico 26 – Frequências Item 17



Relativamente a este item, 81 participantes (49,1%) concordam totalmente e 36 concordam (21,8%) que a Associação procura organizar e realizar reuniões e actividades no fim do dia ou fins de semana, de forma a garantir o apoio dos membros que estão envolvidos em actividades profissionais ou escolares durante o dia. 34 participantes (20,6%) concordam pouco com esta afirmação. 8,4% dos participantes discorda (N=7) ou discorda totalmente (N=7) que esta seja uma prática habitual da Associação.

Gráfico 27 – Frequências Item 18

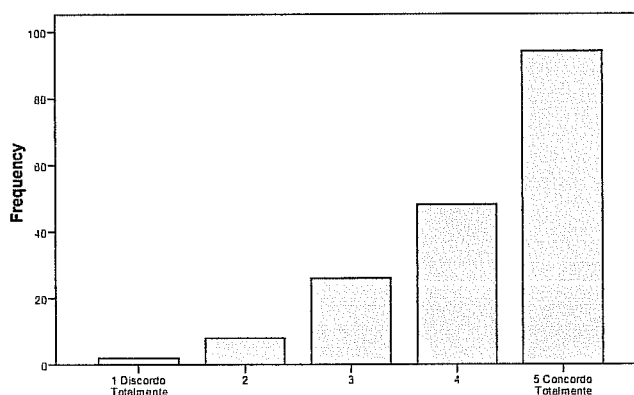
A associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de recovery que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica



90 participantes (51,4%) concordam totalmente e 48 concordam (27,4%) que a Associação promove o contacto dos membros com outras pessoas em recovery e presta informação sobre grupos de ajuda-mútua ou defesa cívica. 18 participantes (10,3%) concordam pouco, 8 discordam (4,6%) e 11 discordam totalmente (6,3%) que esta afirmação corresponda a uma prática regular da Associação.

Gráfico 28 – Frequências Item 19

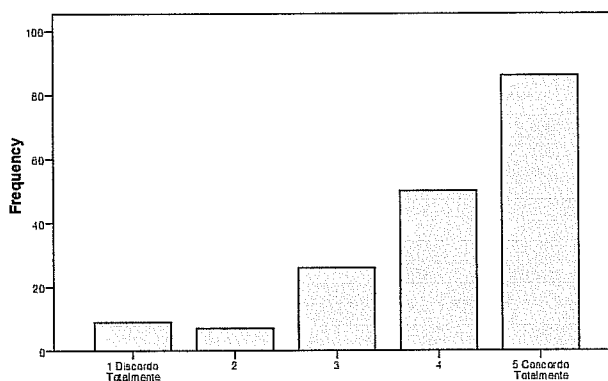
Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (individual, grupo, apoio de pares, etc)



No que diz respeito à escolha entre vários tipos de serviços de suporte, disponibilizados pela Associação, 94 participantes (52,8%) concordam totalmente e 48 concordam (27%) que os membros têm essa opção. 26 participantes (14,6%) concordam pouco, 8 discordam (4,5%) e 2 discordam totalmente (1,1%) que essa seja uma possibilidade efectiva.

Gráfico 29 – Frequências Item 28

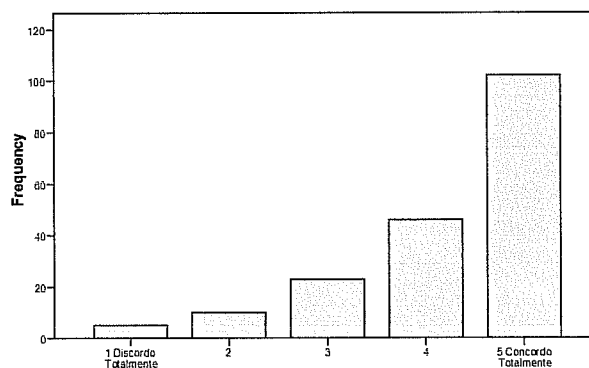
Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades



Relativamente a este item, 76,4% dos participantes concorda totalmente (N=86) ou concorda (N=50) que todos os membros recebem a mesma atenção e apoio. 26 participantes (14,6%) concordam pouco, 7 discordam (3,9%) e 9 discordam totalmente (5,1%) considerando que os membros que estão com mais dificuldades recebem mais atenção e apoio.

Gráfico 30 – Frequências Item 34

Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação



Em relação aos critérios de participação na Associação, 79,5% dos participantes concorda totalmente (N=102) ou concorda (N=46) que estes foram bem definidos e discutidos com os membros na altura da sua adesão à Associação. 23 participantes (12,4%) situam-se num nível intermédio de concordância. 8,1% dos participantes discorda (N=10) ou discorda totalmente (N=5) que esse tenha sido um procedimento adoptado no seu processo de admissão.

d) Sub-Escala Escolha

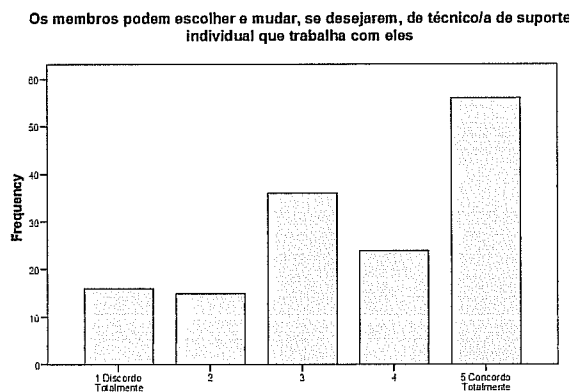
Esta sub-escala inclui os itens nº 3, 6, 7, 10, 11 e 13.

Gráfico 31 – Frequências Item 3



Relativamente a este item, 75 participantes (49,3%) concordam totalmente e 27 concordam (17,8%) que os membros têm acesso a todos os seus registos individuais. Contudo, 33 participantes (21,7%) concordam pouco, 6 discordam (3,9%) e 11 discordam totalmente (7,2%) que esse seja um procedimento comum na Associação.

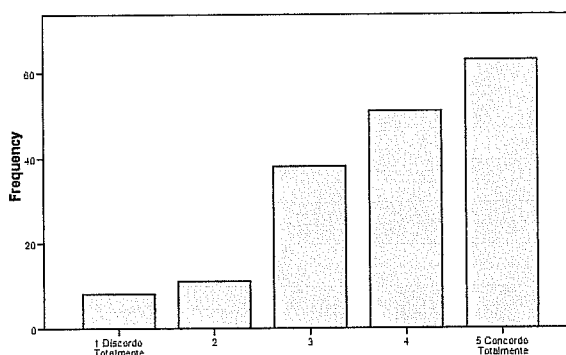
Gráfico 32 – Frequências Item 6



Este é um dos itens que regista uma média mais baixa nas pontuações dos participantes. 38,1% dos participantes concorda totalmente (N=56) e 16,3% concorda (N=24) que na Associação os membros podem escolher e mudar de técnico/a de suporte individual. Por outro lado, 24,5% dos participantes (N=36) concorda pouco, 10,2% discorda (N=15) e 10,9% discorda totalmente (N=16) que essa seja uma política dos serviços da Associação.

Gráfico 33 – Frequências Item 7

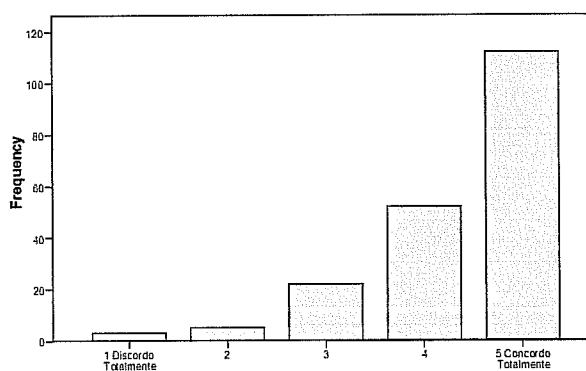
A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros (casa, comunidade, local de trabalho)



Em termos do local onde o suporte da Associação é prestado, 63 participantes (36,8%) concordam totalmente e 51 concordam (29,8%) que este apoio é prestado maioritariamente nos contextos naturais da comunidade. 38 participantes (22,2%) concordam pouco, 11 discordam (6,4%) e 8 discordam totalmente (4,7%), parecendo indicar que consideram que a maioria do suporte é prestado nas instalações da Associação.

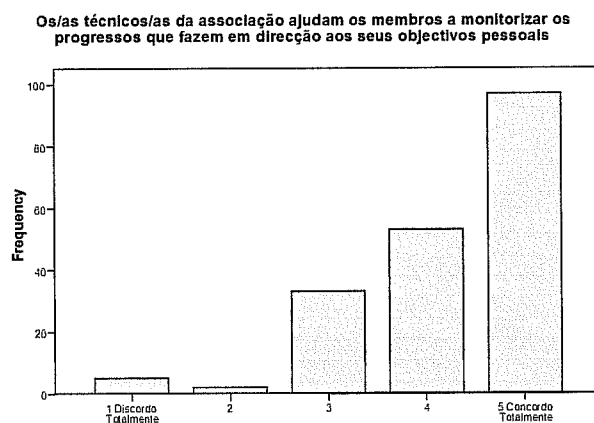
Gráfico 34 – Frequências Item 10

Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros



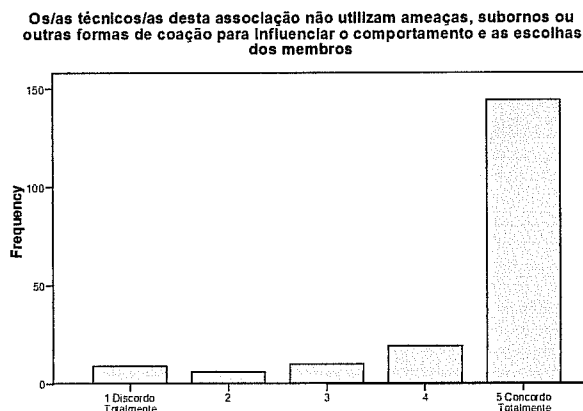
Relativamente a este item, uma maioria significativa dos participantes (84,5%) concorda totalmente (N=112) ou concorda (N=52) que os/as técnicos/as promovem a autodeterminação dos membros, apoiando as suas escolhas e preferências. 11,3% dos participantes (N=22) situam a sua resposta num nível intermédio. Apenas 4,1% dos participantes discorda (N=5) ou discorda totalmente (N=3) desta afirmação.

Gráfico 35 – Frequências Item 11



Relativamente a este item, 97 participantes (51,1%) concordam totalmente e 53 concordam (27,9%) que os membros têm apoio na monitorização dos seus projectos individuais. 33 participantes situam-se num nível intermédio de concordância. Apenas 3,7% dos participantes discorda (N=2) ou discorda totalmente (N=5) que os/as técnicos/as ajudam e envolvem os membros nesse processo.

Gráfico 36 – Frequências Item 13

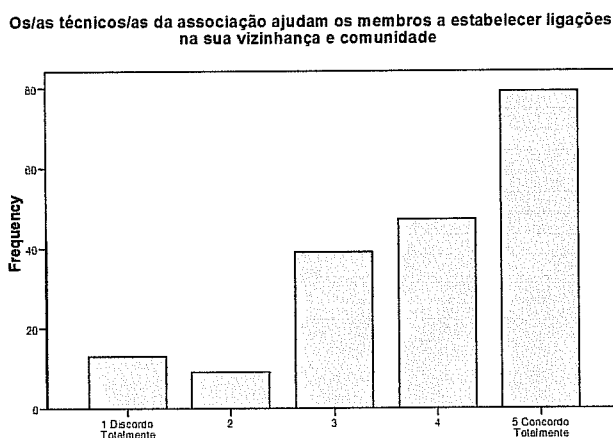


Este é o item que registou uma maior percentagem de respostas no nível 5 da escala de Likert. Deste modo, 76,6% (N=144) concorda totalmente que os/as técnicos/as não utilizam ameaças ou outras formas de pressão ou coação para influenciar as escolhas e comportamentos dos membros. 10,1% dos participantes (N=19) concorda que essa não é uma atitude adoptada pela equipa técnica da Associação. Não obstante, 5,3% dos participantes (N=10) concorda pouco e 8% discorda (N=6) ou discorda totalmente (N=9) com esta afirmação.

d) Sub-Escala Serviços Individualizados

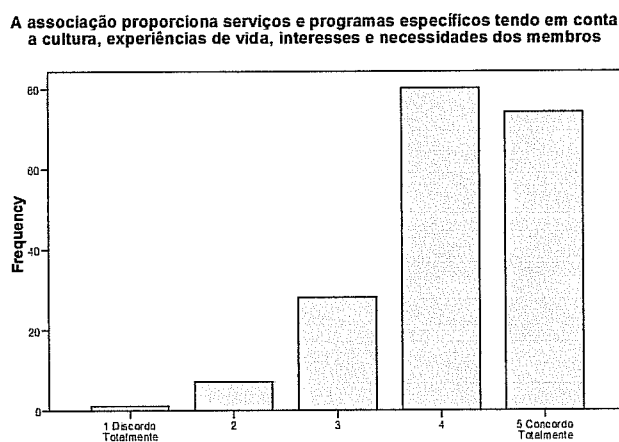
Esta sub-escala inclui os itens nº 1, 2, 4, 5 e 9.

Gráfico 37 – Frequências Item 1



79 participantes (42,2%) concordam totalmente e 47 concordam (21,1%) que os/as técnicos/as da Associação apoiam os membros a estabelecer ligações no seu contexto de vizinhança e comunidade. 30 participantes (20,9%) posiciona-se num nível intermédio de concordância. 11,8% dos participantes no estudo discordam (N=9) ou discordam totalmente (N=13) que os/as técnicos/as da Associação tenham um papel activo no desenvolvimento das suas de vizinhança ou ligações com a sua comunidade.

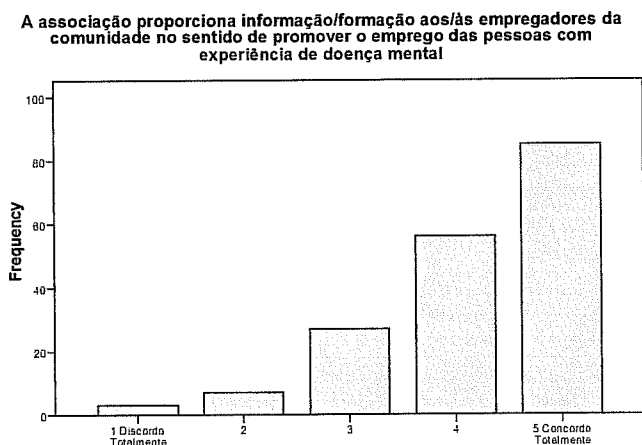
Gráfico 38 – Frequências Item 2



Relativamente a este item, 81% dos participantes concorda totalmente (N=74) ou concorda (N=80) que os serviços prestados pela Associação têm em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros. 14,7% dos participantes orienta a sua resposta para um nível intermédio de concordância. Apenas 4,2% dos

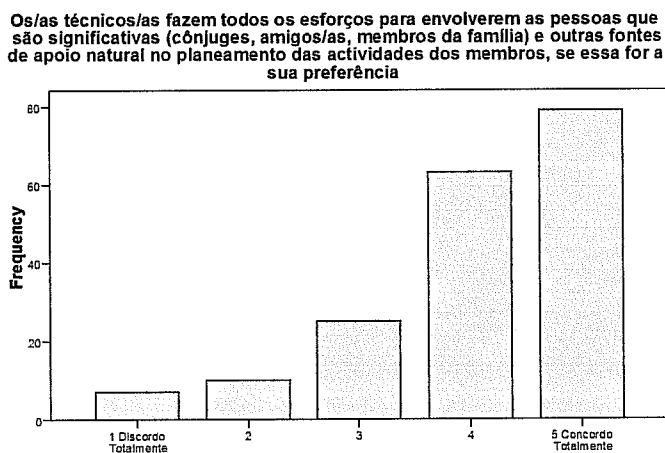
participantes discorda (N=7) ou discorda totalmente (N=1) que a Associação desenvolve serviços de suporte que têm em consideração as diferentes experiências, interesses e necessidades dos seus membros.

Gráfico 39 – Frequências Item 4



Em relação ao trabalho com as empresas, 85 participantes (47,8%) concordam totalmente e 56 concordam (31,5%) que a Associação procura envolver e informar os empregadores sobre os seus serviços, no sentido de promover o acesso ao emprego dos seus membros. 27 participantes (15,2%) concorda pouco e apenas 5,6% discorda (N=7) ou discorda totalmente (N=3) que esta é uma prática dos serviços da Associação.

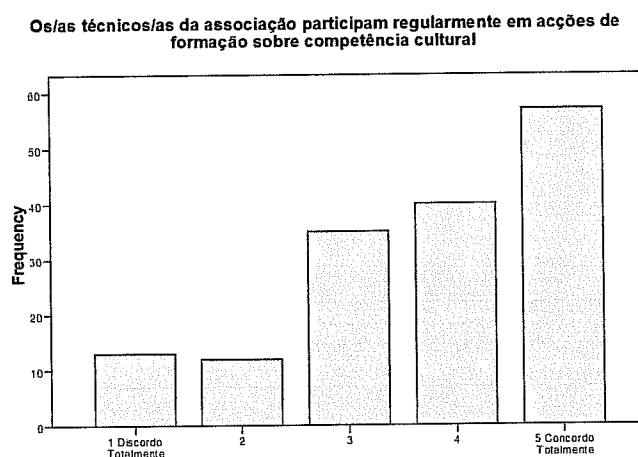
Gráfico 40 – Frequências Item 5



No que concerne à mobilização dos apoios naturais, 77,1% dos participantes concorda totalmente (N=79) ou concorda (N=63) que a Associação procura envolver as pessoas

mais próximas e significativas da rede pessoal dos membros para que os apõem na concretização dos seus projectos individuais. 13,6% dos participantes (N=25) concorda pouco, 5,4% discorda (N=10) e 3,8% discorda totalmente (N=7) que este seja um aspecto prioritário nos serviços da Associação.

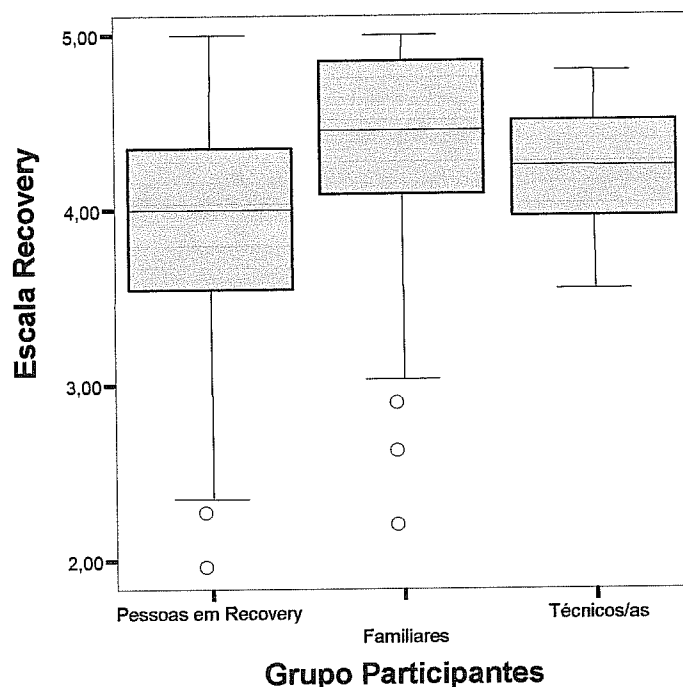
Gráfico 41 – Frequências Item 9



Tendo em conta a atenção para com as questões da diversidade, conferida nos serviços comunitários orientados para o *recovery*, torna-se relevante que os profissionais desenvolvam as suas competências nesta área. Em relação a esta questão, 61,8% dos participantes considera que os/as técnicos/as da Associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural (36,3% concorda totalmente (N=57) e 25,5% concorda (N=40)). 22,3% dos participantes optou pelo nível de resposta intermédio e 15,9% discorda (N=12) ou discorda totalmente (N=13) com a afirmação de que a equipa técnica participa regularmente neste tipo de acções de formação.

De seguida apresentaremos os resultados da Escala e Sub-escalas de Recovery por grupo de participantes.

Gráfico 42 – Gráfico de Extremos e Quartis Escala de Recovery



Em relação à Escala de Recovery, a análise dos dados, por grupo de participantes, permite verificar que o grupo dos familiares atribui, em média, uma pontuação mais elevada ao conjunto dos itens, seguido pelo grupo dos/as técnicos/as e que o grupo das pessoas em recovery (membros) apresenta valores mais baixos e menos homogêneos.

No grupo dos familiares a mediana localiza-se no 4,45. O valor mais baixo registado é de 3,04 (à excepção dos outliers) e 75% das observações situam-se entre o 4,07 e o valor máximo de 5, o que reflecte um elevado nível de concordância dos familiares com as afirmações enunciadas no instrumento.

No grupo dos/as técnicos/as a mediana é 4,25. Este é o grupo que apresenta uma maior homogeneidade nas suas respostas, sendo que o valor médio mais baixo registado é de 3,56 e não existem outliers. Tendo em conta estes valores, podemos concluir que este grupo apresenta bons níveis de concordância com o conjunto das afirmações da escala.

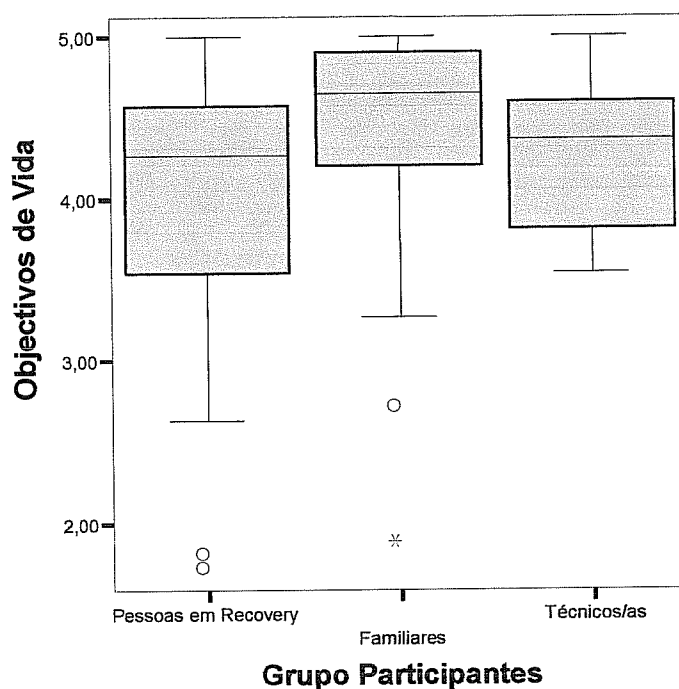
O grupo das pessoas em *recovery* (membros) apresenta valores médios mais baixos. A mediana localiza-se no 4 e 75% das observações enquadram-se entre o 3,54 e o valor máximo de 5, o que indica que a maioria das respostas se situaram nas opções concordo

e concordo totalmente. Contudo, este grupo apresenta uma maior heterogeneidade nos seus resultados.

Tabela 6 – Estatística Descritiva da Escala Recovery por Grupo de Participantes

ESCALA RECOVERY			
Grupo Participantes	Pessoas em recovery	Média	3,92
		Mediana	4,00
		Desvio Padrão	,62
		Skewness	-,76
		Kurtosis	,564
		Percentil 25	3,54
	Percentil 75	4,35	
	Famílias	Média	4,36
		Mediana	4,45
		Desvio Padrão	,57
		Skewness	-1,44
		Kurtosis	2,82
		Percentil 25	4,07
	Percentil 75	4,85	
	Técnicos/as	Média	4,22
		Mediana	4,25
		Desvio Padrão	,35
		Skewness	-,31
Kurtosis		-,60	
Percentil 25		3,97	
Percentil 75	4,51		

Gráfico 43 – Gráfico de Extremos e Quartis Sub-Escala Objectivos de Vida



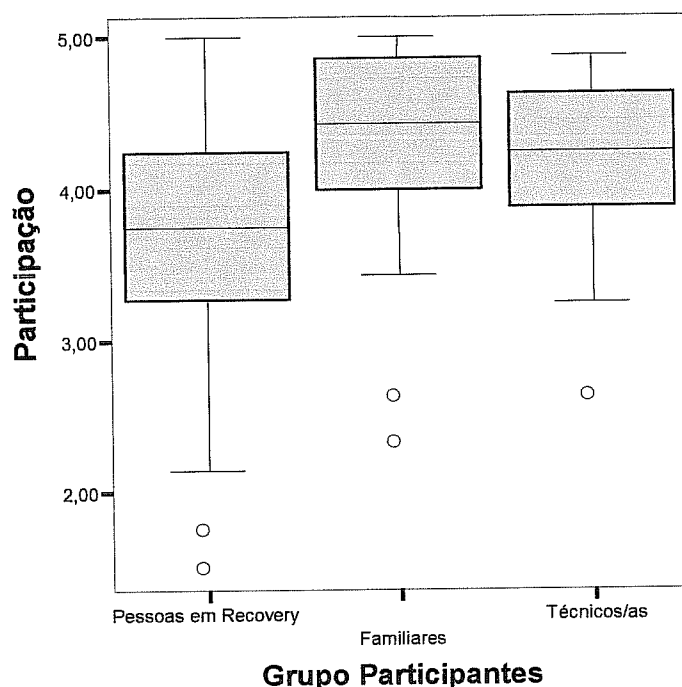
Esta sub-escala foi a que registou valores médios mais positivos, indicando que os participantes percebem que os serviços da associação se orientam para a concretização dos objectivos de vida dos membros. Nesta sub-escala encontramos posições relativas semelhantes, entre os três grupos. O grupo dos familiares apresenta a mediana mais elevada (4,65) e o percentil 75 é quase coincidente com o valor mais

elevado (5). No grupo dos/as técnicos/as, a mediana situa-se no 4,36 e os valores observados variam entre o 3,55 e o 5. Em relação ao grupo das pessoas em recovery, a mediana é 4,27 e as observações situam-se entre o 2,64 (excluindo os outliers) e o 5.

Tabela 7 – Estatística Descritiva da Sub-Escala Objectivos de Vida

SUB-ESCALA OBJECTIVOS DE VIDA			
Grupo Participantes	Pessoas em recovery	Média	4,04
		Mediana	4,27
		Desvio Padrão	,72
		Skewness	-,99
		Kurtosis	,86
		Percentil 25	3,54
		Percentil 75	4,60
	Famílias	Média	4,46
		Mediana	4,65
Desvio Padrão		,60	
Skewness		-2,02	
Kurtosis		5,65	
Percentil 25		4,20	
Percentil 75		4,90	
Técnicos/as	Média	4,29	
	Mediana	4,36	
	Desvio Padrão	,44	
	Skewness	-,18	
	Kurtosis	-1,07	
	Percentil 25	3,81	
	Percentil 75	4,61	

Gráfico 44 – Gráfico de Extremos e Quartis Sub-Escala Participação



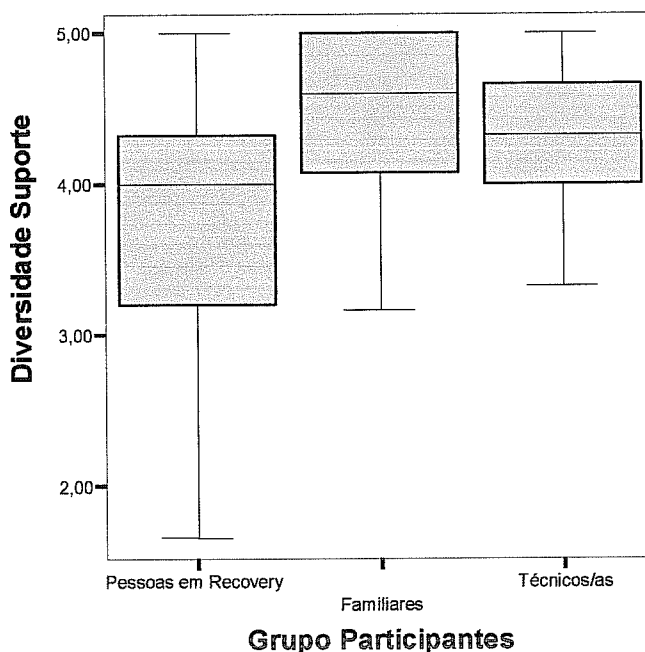
Em relação à Sub-Escala Participação, no grupo das famílias a mediana localiza-se no 4,42 e o percentil 75 é coincidente com o valor mais alto observado (5), sendo novamente o grupo com valores médios mais elevados. A mediana no grupo dos/as técnicos/as, apresenta-se no 4,25 e os valores variam entre o 3,25 (à excepção dos

outliers) e o 4,88. A mediana no grupo das pessoas em recovery é, novamente, a mais baixa, situando-se no 3,75. Podemos observar, através do gráfico 45, a amplitude entre os extremos, situando-se esses valores entre o 2,13 (à exceção dos outliers) e o 5. O 1º quartil localiza-se no 3,25, valor equivalente ao extremo inferior do grupo dos/as técnicos/as.

Tabela 8 – Estatística Descritiva da Sub-Escala Participação

SUB-ESCALA PARTICIPAÇÃO			
Grupo Participantes	Pessoas em recovery	Média	3,74
		Mediana	3,75
		Desvio Padrão	,77
		Skewness	-,40
		Kurtosis	,12
		Percentil 25	3,25
	Famílias	Percentil 75	4,25
		Média	4,35
		Mediana	4,42
		Desvio Padrão	,60
		Skewness	-1,13
		Kurtosis	1,80
Técnicos/as	Percentil 25	4,0	
	Percentil 75	4,85	
	Média	4,18	
	Mediana	4,25	
	Desvio Padrão	,53	
	Skewness	-1,12	
	Kurtosis	1,04	
	Percentil 25	3,86	
	Percentil 75	4,62	

Gráfico 45 – Gráfico de Extremos e Quartis Sub-Escala Diversidade de Serviços de Suporte



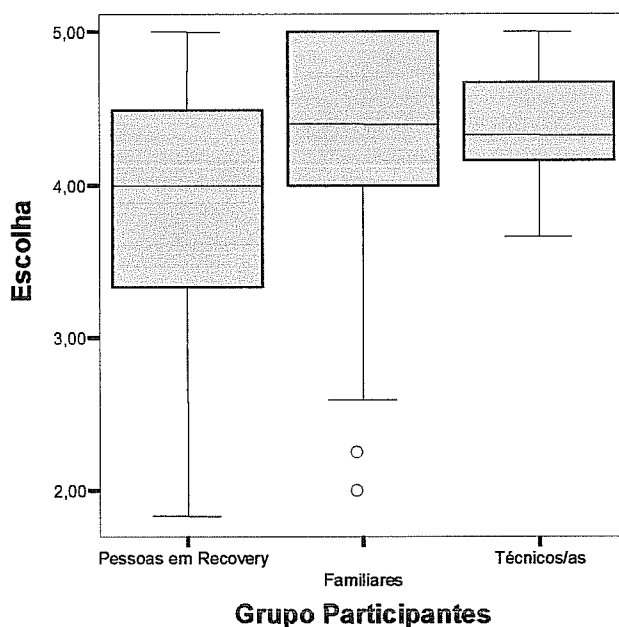
Na Sub-escala Diversidade de Serviços de Suporte, o grupo dos familiares apresenta uma mediana de 4,60, o percentil 75 é, novamente, coincidente com o valor mais

registado, ou seja, o 5, significando um elevado nível de concordância com as afirmações enunciadas na escala. O grupo dos/as técnicos/as apresenta igualmente bons níveis de concordância, com uma mediana de 4,33. No grupo das pessoas em recovery, a mediana situa-se no 4,00 e, tal como na sub-escala anterior, verifica-se uma grande amplitude entre o valor mais elevado (5) e o valor mais baixo (1,67), o que traduz uma maior heterogeneidade das respostas dos participantes deste grupo.

Tabela 9 – Estatística Descritiva da Sub-Escala Diversidade de Serviços de Suporte

SUB-ESCALA DIVERSIDADE SERVIÇOS SUPORTE			
Grupo Participantes	Pessoas em recovery	Média	3,82
		Mediana	4,00
		Desvio Padrão	,78
		Skewness	-,44
		Kurtosis	,02
		Percentil 25	3,2
	Percentil 75	4,33	
	Famílias	Média	4,43
		Mediana	4,60
Desvio Padrão		,57	
Skewness		-,85	
Kurtosis		-,38	
Percentil 25		4,04	
Percentil 75	5,00		
Técnicos/as	Média	4,32	
	Mediana	4,33	
	Desvio Padrão	,44	
	Skewness	-,57	
	Kurtosis	-,15	
	Percentil 25	4,00	
Percentil 75	4,66		

Gráfico 46 – Gráfico de Extremos e Quartis Sub-Escala Escolha



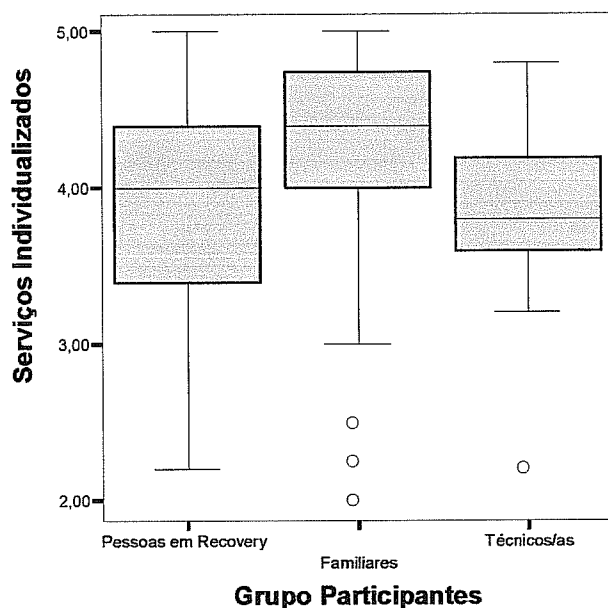
Relativamente à Sub-escala Escolha, verifica-se que a mediana, do grupo dos familiares, se situa no 4,40 e o percentil 75 coincide com o valor observado mais elevado, traduzindo um alto nível de concordância com as afirmações do instrumento. Em termos

do grupo dos/as técnicos/as, a mediana localiza-se no 4,33, sendo que 75% das observações estão compreendidas entre o 4,12 e o valor máximo de 5. No grupo das pessoas em recovery, a mediana é 4,00, verificando-se uma maior amplitude entre os extremos (1,83 e 5) do que nos outros grupos.

Tabela 10 – Estatística Descritiva da Sub-Escala Escolha

SUB-ESCALA ESCOLHA			
Grupo Participantes	Pessoas em recovery	Média	3,88
		Mediana	4,00
		Desvio Padrão	,78
		Skewness	-,74
		Kurtosis	-,16
		Percentil 25	3,33
	Percentil 75	4,50	
	Famílias	Média	4,35
		Mediana	4,40
Desvio Padrão		,66	
Skewness		-1,42	
Kurtosis		2,50	
Percentil 25		4,00	
Percentil 75	5,00		
Técnicos/as	Média	4,35	
	Mediana	4,33	
	Desvio Padrão	,35	
	Skewness	-,14	
	Kurtosis	-,65	
	Percentil 25	4,12	
Percentil 75	4,66		

Gráfico 47 – Gráfico de Extremos e Quartis Sub-Escala Serviços Individualizados



Na Sub-escala Serviços Individualizados, verifica-se que a mediana, no grupo dos familiares, se situa no 4,40 e que os valores observados se apresentam entre o 3 (à exceção dos três outliers) e o 5. Em relação ao grupo dos/as técnicos/as, a mediana é 3,80, sendo a única sub-escala em que este valor se situa abaixo do valor da mediana do grupo das pessoas em recovery. Os valores registados situam-se entre o 3,20 e 4,80 e

observa-se um outlier (2,20). Em relação ao grupo das pessoas em recovery, a mediana situa-se no 4,00 e 75% das observações localizam-se entre o 3,40 (1º quartil) e o valor máximo de 5.

Tabela 11 – Estatística Descritiva da Sub-Escala Serviços Individualizados

SUB-ESCALA SERVIÇOS INDIVIDUALIZADOS			
Grupo Participantes	Pessoas em recovery	Média	3,92
		Mediana	4,00
		Desvio Padrão	,70
		Skewness	-,25
		Kurtosis	-,56
		Percentil 25	3,40
		Percentil 75	4,42
	Famílias	Média	4,21
		Mediana	4,40
		Desvio Padrão	,73
		Skewness	-1,39
		Kurtosis	1,99
		Percentil 25	3,90
		Percentil 75	4,75
	Técnicos/as	Média	3,86
		Mediana	3,80
		Desvio Padrão	,54
		Skewness	-,70
Kurtosis		1,73	
Percentil 25		3,55	
Percentil 75		4,30	

Como podemos observar, existem diferenças no grau pelo qual os três grupos de participantes avaliam os serviços da Associação. Para verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, recorremos ao teste de Kruskal Wallis. Este teste é uma alternativa à anova one way para testar se as medianas populacionais são iguais e foi desenvolvido especificamente para variáveis ordinais, o que é o caso.

Tabela 12 – Teste não paramétrico Kruskal Wallis para a Escala e Sub-Escalas de Recovery

Ranks			
	Grupo Participantes	N	Mean Rank
Objectivos de Vida	Pessoas em Recovery	83	71,05
	Famíliares	56	104,09
	Técnicos/as	28	82,21
	Total	167	
Participação	Pessoas em Recovery	83	64,98
	Famíliares	53	105,98
	Técnicos/as	29	92,57
	Total	165	
Diversidade Suporte	Pessoas em Recovery	86	70,17
	Famíliares	64	113,96
	Técnicos/as	31	101,37
	Total	181	
Escolha	Pessoas em Recovery	86	75,47
	Famíliares	70	111,06
	Técnicos/as	30	104,20
	Total	186	
Serviços Individualizados	Pessoas em Recovery	86	81,27
	Famíliares	61	105,93
	Técnicos/as	29	73,26
	Total	176	
Escala Recovery	Pessoas em Recovery	88	75,67
	Famíliares	73	119,32
	Técnicos/as	30	98,90
	Total	191	

Tabela 13 – Estatística de Teste – Grupo de Participantes

Test Statistics^{a,b}

	Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha	Serviços Individualizados	Escala Recovery
Chi-Square	15,720	25,310	27,308	18,389	11,543	24,971
df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,003	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Participantes

Da análise dos resultados do teste, concluiu-se que as diferenças, entre os grupos, são estatisticamente significativas na escala e em todas as sub-escalas, na medida em que todos os valores têm um nível de significância inferior a 0,05.

Tabela 14 – Estatística de Teste – Pessoas em Recovery e Familiares

Test Statistics^{a,b}

	Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha	Serviços Individualizados	Escala Recovery
Chi-Square	14,854	22,426	23,507	15,830	7,740	22,749
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,005	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Participantes

Quando comparamos apenas os grupos das pessoas em recovery (membros) e dos familiares, verificamos igualmente que as diferenças, entre estes dois grupos, são estatisticamente significativas na escala e em todas as sub-escalas, apresentando todos os valores níveis de significância inferiores a 0,05.

Tabela 15 – Estatística de Teste – Pessoas em Recovery e Técnicos/as

Test Statistics^{a,b}

	Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha	Serviços Individualizados	Escala Recovery
Chi-Square	1,490	8,428	10,419	7,653	,291	5,648
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,222	,004	,001	,006	,589	,017

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Participantes

Em relação à comparação do grupo das pessoas em recovery com o grupo dos/as técnicos/as, encontram-se diferenças significativas na escala de recovery, com um valor de 5,648 e um nível de significância de $p=0,017$, bem como nas sub-escalas Participação ($p=0,004$), Diversidade de Suporte ($p=0,001$) e Escolha ($p=0,006$), todos inferiores a 0,05. Nas sub-escalas Objectivos de Vida ($p=0,222$) e Serviços Individualizados (0,589) as diferenças, entre estes dois grupos, não são estatisticamente significativas.

Tabela 16 – Estatística de Teste – Familiares e Técnicos/as

Test Statistics ^{a,b}						
	Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha	Serviços Individualizados	Escala Recovery
Chi-Square	4,774	2,392	2,545	,778	9,641	4,664
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,029	,122	,111	,378	,002	,031

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Participantes

Por último, ao comparar o grupo dos familiares com o grupo dos/as técnicos/as, verificou-se que existem diferenças significativas na escala de recovery, com um *p-value* de 0,03, bem como nas sub-escalas Objectivos de Vida ($p=0,029$) e Serviços Individualizados ($p=0,002$).

Utilizou-se, ainda, o teste de Kruskal Wallis para averiguar se existiam diferenças no grau pelo qual os homens e as mulheres dos três grupos de participantes avaliavam os serviços da Associação, concluindo-se que não se observavam diferenças significativas.

Recorremos ao coeficiente de correlação de Spearman para medir a associação entre o tempo de ligação à Associação e as respostas obtidas, tendo-se verificado que esta variável não está relacionada com os resultados da escala ou das sub-escalas, apresentando níveis de significância superiores a 0,05.

Tendo em conta o número de respostas não válidas no grupo dos familiares, justificadas na sua esmagadora maioria pelo desconhecimento face à questão abordada, criou-se uma nova variável – valores em falta, no sentido de perceber se esse desconhecimento estava associado ao tempo de ligação com os serviços da Associação. Utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman para medir esta associação e concluímos que não existe uma relação entre estas duas variáveis, pelo que o desconhecimento dos familiares sobre algumas questões abordadas é independente do número de anos de ligação com a Associação.

Por último, utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman para medir a associação entre as várias sub-escalas, encontrando uma relação significativa entre todas, sendo que essa relação apresenta valores positivos e níveis de significância inferiores a 0,01. Deste modo, quanto mais positiva é a avaliação dos participantes numa determinada sub-escala, mais positiva é igualmente a sua avaliação nas restantes.

Tabela 17 – Correlação de Spearman entre as Sub-Escalas

		Correlations					
Spearman's rho		Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha	Serviços Individualizados	
	Objectivos de Vida	Correlation Coefficient	1,000	,732**	,685**	,688**	,631**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
		N	167	152	160	163	161
	Participação	Correlation Coefficient	,732**	1,000	,653**	,642**	,602**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
		N	152	165	156	160	154
	Diversidade Suporte	Correlation Coefficient	,685**	,653**	1,000	,586**	,599**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000
		N	160	156	181	172	163
	Escolha	Correlation Coefficient	,688**	,642**	,586**	1,000	,558**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,000
		N	163	160	172	186	169
	Serviços Individualizados	Correlation Coefficient	,631**	,602**	,599**	,558**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
		N	161	154	163	169	176

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3 – Análise Qualitativa das Questões Abertas

O instrumento que utilizámos neste estudo compreendia duas questões de resposta aberta. Com a primeira questão, procurámos identificar que factores organizacionais mais contribuíam para os processos de *recovery* dos membros da Associação. Na análise qualitativa dos dados, as respostas foram organizadas e agrupadas em diferentes categorias. De seguida, apresentamos uma síntese das várias categorias, subdividas por grupos de participantes, dando alguns exemplos ilustrativos.

Uma das dimensões organizacionais que, segundo os participantes, mais tem contribuído para os processos de *recovery* consiste no clima de esperança e confiança nas capacidades dos membros que é promovido na associação. Os membros referem como esse ambiente foi importante para retomarem objectivos e projectos nas suas vidas. A esperança é, igualmente, uma dimensão importante para os familiares.

Quadro 2 – Categoria: Esperança, Confiança e Sentimento de Propósito	
Grupo	Exemplos
Membros	<p><i>Fortaleceram o meu sentimento de esperança.</i></p> <p><i>Voto de confiança.</i></p> <p><i>Ter a possibilidade de uma vida nova.</i></p> <p><i>Ter objectivos que eu não tinha.</i></p> <p><i>Eu acho que me ajudou a ter uma melhor iniciativa.</i></p>
Técnicos/as	<p><i>Esperança no processo de recovery (não limitar as oportunidades).</i></p> <p><i>Valorização pessoal.</i></p> <p><i>Incentivo e ajuda aos membros para arriscar a experimentar coisas novas.</i></p>
Familiares	<p><i>Esperança, acreditar que chegamos "lá".</i></p> <p><i>Confiança que depositaram sempre em todos os contactos, em que a esperança não é utópica mas é possível.</i></p> <p><i>É muito vantajosa a posição optimista e de esperança por parte dos técnicos.</i></p> <p><i>Incentivam a positividade nas pessoas.</i></p>

O *empowerment* foi outra das dimensões identificadas pelos participantes. A oportunidade de escolha, decisão e envolvimento dos membros, na concretização dos seus projectos individuais, foi realçada. Os membros referem também práticas de *empowerment* organizacional, como a possibilidade de fazerem parte dos órgãos de direcção, a participação em projectos transnacionais e a dinamização do Centro de *Empowerment* e ajuda-mútua, uma área dos serviços que é gerida por eles.

Quadro 3 – Categoria: Empowerment	
Grupo	Exemplos
Membros	<p><i>A oportunidade de poder participar activamente nas actividades, por livre escolha.</i></p> <p><i>O empowerment que me fez progredir no meu processo de recovery.</i></p> <p><i>O respeito pela minha vontade e determinação.</i></p> <p><i>Ser sócio da AEIPS (Assembleia de associados da associação).</i></p> <p><i>Envolvimento em projectos, idas ao estrangeiro.</i></p> <p><i>Colaborar na Direcção.</i></p> <p><i>A oportunidade para participar no Centro de Empowerment, onde me senti uma pessoa mais dinamizadora, activa e criativa.</i></p> <p><i>Participação em eventos, congressos, aulas e na divulgação dos serviços da Associação.</i></p>
Técnicos/as	<p><i>A promoção do poder de decisão do membro e que se traduz numa relação que devolve dignidade e controlo pessoal ao membro.</i></p> <p><i>Autonomia, decisão, responsabilidade pelas suas escolhas.</i></p> <p><i>Participação activa na definição, execução e manutenção dos seus projectos.</i></p> <p><i>A colaboração que existe entre membros e técnicos que proporciona um controlo e o "fazer parte" da sua própria vida, das soluções e do caminho a seguir.</i></p>
Familiares	<p><i>Acompanhamento e compreensão de acordo com as preferências dos membros.</i></p> <p><i>Aproveitamento máximo das capacidades do membro.</i></p>

A ajuda mútua e o suporte inter-pares são também dimensões que têm contribuído para os processos de *recovery* dos membros e que foram referenciados por todos os grupos de *stakeholders*.

Quadro 4 – Categoria: Apoio dos Pares	
Grupo	Exemplos
Membros	<i>Ajuda entre os membros, digamos inter-pares.</i> <i>Senti também o apoio dos colegas, o que me ajudou a ter mais sentimentos de pertença.</i> <i>Os colegas que, dia-a-dia, vão-me dando apoio.</i> <i>A ajuda-mútua e o grupo de mulheres.</i> <i>A ajuda-mútua.</i> <i>Conhecer outras pessoas recovered.</i> <i>Posso apoiar.</i>
Técnicos/as	<i>Ajuda inter-pares.</i> <i>Interajuda.</i> <i>A partilha através do contacto com outras pessoas em processo de recovery.</i>
Familiares	<i>A ajuda-mútua entre os membros.</i> <i>Foi um conjunto de circunstâncias e o trabalho realizado no dia a dia pelos colegas.</i>

As relações sociais são outra dimensão importante no *recovery*. Embora se verifique, nas respostas dos participantes, alguma sobreposição com a dimensão do suporte inter-pares, optamos por criar uma categoria autónoma, reflectindo aqui as dimensões de natureza mais afectiva e social das relações com os pares. Por outro lado, não podemos excluir a possibilidade de alguns dos novos amigos, a que os participantes fazem referência, poderem ser colegas de escola ou de trabalho com os quais os membros se relacionam.

Quadro 5 – Categoria: Relações Sociais	
Grupo	Exemplos
Membros	<i>A camaradagem dos colegas.</i> <i>Convívio entre colegas / Novas amizades.</i> <i>Ter feito amigos.</i> <i>Ter conhecido pessoas, ter amigos, ter conhecido a minha namorada.</i> <i>Uma melhor e mais forte relação com os outros.</i>
Técnicos/as	<i>A possibilidade da convivência em grupo, o que potencia o desenvolvimento de competências sociais para o funcionamento na comunidade.</i> <i>Relação interpessoal.</i>
Familiares	<i>Conviver com outras pessoas.</i> <i>Companheirismo que encontrou na associação.</i> <i>Convívio com os colegas.</i>

A realização de actividades significativas e integradas nos contextos comunitários, através do emprego, da escola ou outros projectos individuais, constituiu outra dimensão, amplamente referida por todos os participantes como factor de fortalecimento, valorização pessoal e *recovery*.

Quadro 6 – Categoria: Actividades Significativas na Comunidade	
Emprego	
Grupo	Exemplos
Membros	<p><i>Ter integrado o mercado de emprego.</i></p> <p><i>O sentir-me útil na comunidade através da realização de uma actividade profissional.</i></p> <p><i>Ter um estágio profissional ajudou-me a ter uma vida melhor.</i></p> <p><i>O emprego, no qual me integrei com bastante facilidade e a todos os níveis.</i></p> <p><i>Saber que aguento 6 horas de trabalho e que posso receber ordens ou reparos de supervisores sem ficar aborrecida.</i></p> <p><i>Refiro a minha experiência profissional que me permitiu evoluir em meio competitivo de trabalho, tanto intelectualmente como organizacionalmente.</i></p>
Técnicos/as	<p><i>Apoio no envolvimento da comunidade e emprego lhes proporciona uma vida mais autónoma e mais virada para o recovery.</i></p> <p><i>Oportunidades de integração comunitária através do emprego</i></p> <p><i>A integração dos membros em actividades profissionais o que ajuda o processo de recovery, ajuda também o desenvolvimento de novos conceitos relativos às pessoas com doença mental.</i></p>
Familiares	<p><i>O trabalho foi um dos factores importantes.</i></p> <p><i>Inserção no mundo do trabalho, muito positivo.</i></p> <p><i>O emprego que arranjou.</i></p> <p><i>Ter conseguido arranjar emprego.</i></p> <p><i>O emprego foi uma das coisas muito importantes para a vida dele.</i></p>
Escola	
Grupo	Exemplos
Membros	<p><i>Ter conseguido tirar a licenciatura.</i></p> <p><i>Questão da escolaridade obrigatória, pois conclui o 9º ano.</i></p> <p><i>Ter oportunidades de tirar cursos numa escola.</i></p> <p><i>RVCC (novas oportunidades).</i></p>
Técnicos/as	<p><i>Estudo.</i></p> <p><i>Integração em escolas da comunidade.</i></p>
Familiares	<p><i>Apoio educacional.</i></p> <p><i>Ter conseguido concluir o 9º ano. Positivo a 100%.</i></p> <p><i>Estar a estudar.</i></p>
Outros cursos e actividades na Comunidade	
Grupo	Exemplos
Membros	<p><i>A frequência do curso de informática na Rumos.</i></p> <p><i>Os cursos que tirei (desenho e pintura, informática).</i></p>
Técnicos/as	<p><i>Concretização dos projectos individuais em contextos da comunidade.</i></p>
Familiares	<p><i>O curso de informática.</i></p> <p><i>Ter tirado o nível 1 e 2 do curso de informática.</i></p> <p><i>Os projectos individuais também me parecem ser muito importantes.</i></p>

Viver numa residência comunitária tem contribuído igualmente, segundo alguns dos participantes, para a promoção do *recovery* e autonomia dos residentes.

Quadro 7 – Categoria: Recursos e Apoio Habitacional	
Grupo	Exemplos
Membros	<i>Viver na residência. Estar na residência onde sou já bastante autónomo e experiente.</i>
Técnicos/as	<i>Oportunidades habitacionais. A possibilidade de aquisição de autonomia, incluindo residencial.</i>
Familiares	<i>Ir viver para a residência comunitária, como processo de autonomia e integração. A ida para a residência foi excelente. A residência tem sido muito importante.</i>

A participação nas actividades diárias do centro comunitário da associação ou nos campos de férias é também valorizada pelos participantes.

Quadro 8 – Categoria: Envolvimento e Participação nas Actividades do Centro Comunitário	
Grupo	Exemplos
Membros	<i>Participar nas actividades do Centro. Ter um sitio onde ir todos os dias, com actividades e muita dinâmica. Ter mantido um ritmo constante de actividades. Actividade física regular. A ida aos campos de férias foi importante.</i>
Técnicos/as	<i>Participação activa no programa de actividades do Centro, de acordo com os interesses. Participação / envolvimento dos membros nas actividades.</i>
Familiares	<i>Participação em diferentes actividades. Estar ocupado, tem a preocupação de estar no Centro. Se assim não fosse estaria mais isolado e fechado em casa. As reuniões colectivas de segunda-feira. A vinda diária para a Associação, assistir ao debate temático e à reunião geral.</i>

O apoio e colaboração dos técnicos é outra dimensão referida, sendo salientado, em particular, o apoio dado aos membros na concretização dos seus projectos.

Quadro 9 – Categoria: Apoio dos Técnicos	
Grupo	Exemplos
Membros	<i>A colaboração dos técnicos. Apoio dos técnicos da associação O apoio dos técnicos para arranjar emprego. Sempre que precisei conversar com um técnico tive imediatamente acesso.</i>
Técnicos/as	<i>Adaptação e flexibilidade do serviço ao participante. Fundamentalmente, o apoio aos membros na realização das suas aspirações e objectivos pessoais.</i>
Familiares	<i>Empenho da equipa. Interesse e empenho dos técnicos no processo de recovery. O apoio dos técnicos e a sua disponibilidade.</i>

O grupo de familiares dá relevo às reuniões entre os técnicos, os membros e as famílias, considerando que este envolvimento é muito positivo e contribuiu para o *recovery* dos membros.

Quadro 10 – Categoria: Envolvimento das Famílias	
Grupo	Exemplos
Familiares	<i>Envolvimento das famílias. Considero que a realização e disponibilidade para reuniões, envolvendo membro/família/técnicos, sempre que surge um problema foi um ponto determinante. Muito positiva a reunião família, membro e técnico.</i>

Por último, os membros referem que a informação sobre *recovery* e as oportunidades de formação sobre esta e outras temáticas com ela relacionadas, proporcionadas pela associação, foram contributos importantes nos seus processos de *recovery*.

Quadro 11 – Categoria: Informação / Formação sobre Recovery e Integração Comunitária	
Grupo	Exemplos
Membros	<i>As conferências que a associação tem realizado e que me permitiram aprofundar os meus conhecimentos. Ter ido à conferência do Dr Daniel Fisher. Sinto-me mais bem esclarecido na medida de obter recovery. A associação ensinou-me muita coisa sobre o recovery e sobre psicologia comunitária.</i>

Com a segunda questão procurou-se identificar sugestões de melhoria dos serviços da Associação, no sentido de apoiar de forma mais eficaz os membros nos seus processos de *recovery*. Como referimos anteriormente, foram realizadas três reuniões com os participantes para apresentação e análise dos resultados. Nessas reuniões organizaram-se pequenos grupos de discussão no sentido de aprofundar propostas e sugestões práticas de melhoria dos serviços. As várias sugestões foram organizadas, posteriormente, por áreas temáticas. Os dados que apresentamos de seguida são uma síntese das propostas obtidas através dos questionários e das enunciadas nesses momentos de reflexão conjunta.

Os participantes consideram que, no sentido de potenciar os processos de *recovery*, a própria organização deverá continuar aberta à inovação, explorando novas possibilidades e métodos de intervenção, bem como procurar influenciar as políticas

sociais no sentido de ampliar as oportunidades de inclusão comunitária das pessoas com experiência de doença mental.

Quadro 12 – Mudança Organizacional e Social

- Continuar aberta à inovação, ao risco e a novas possibilidades e métodos de intervenção.
- Manter a vontade de mudar as políticas sociais.

Muitas das recomendações, elaboradas pelos participantes, visam o aprofundamento dos processos colaborativos e de *empowerment* organizacional. Assim, foi proposto um maior envolvimento e participação dos membros no planeamento e dinamização das actividades, na formação dos técnicos e nos processos de avaliação e investigação.

Quadro 13 – Empowerment Organizacional

- Continuar a investir de forma sistemática na participação dos membros nos diversos níveis de organização.
- Apoiar e promover as oportunidades dos membros poderem colaborar mais activamente com a equipa técnica no planeamento, implementação e dinamização das actividades diárias do Centro Comunitário
- Debater com os membros propostas de novas actividades ou área de intervenção, mostrando claramente o que se pretende com a implementação de novos programas para que os membros tenham informação.
- Envolvimento dos membros na formação dos técnicos é importante para se melhorar a comunicação entre as partes e a utilização de uma linguagem correcta. A aprendizagem humana é feita de modo recíproco.
- Aumentar as oportunidades para os membros poderem avaliar os serviços e técnicos através, por exemplo, de inquéritos anónimos.
- Criar um livro de sugestões para os membros exporem livremente as suas críticas e propostas.
- Maior envolvimento e colaboração dos membros em trabalhos de investigação nestas áreas.

O acesso aos recursos e a actividades significativas, sendo identificada anteriormente como uma dimensão da associação que mais tem contribuído para os processos de *recovery* dos seus membros, é uma área que os participantes gostariam de ver melhorada. As sugestões vão no sentido de uma maior eficácia e celeridade dos processos de integração profissional, do ampliação das ligações com os recursos comunitários para diversificar e aumentar as oportunidades de participação e de garantir o apoio necessário para que todos os membros possam planear e concretizar os seus projectos.

Quadro 14 – Acesso a Recursos e Actividades Significativas

- Maior ligação a recursos locais, através de um trabalho em rede, alargando as redes de contactos e parcerias empresas, escolas e outros recursos da comunidade.

Emprego

- Multiplicar as oportunidades de emprego e estágios nas empresas.
- Maior eficácia e celeridade nos processos de acesso ao emprego.

Escola

- Incentivar o grupo a continuar os estudos e divulgar mais informação na área das novas oportunidades.
- Melhorar o apoio aos projectos escolares: reuniões na escola e ajudar a resolver questões como a alimentação, cartão escolar.
- Disponibilizar e organizar espaços físicos onde os membros possam estudar e preparar os seus trabalhos escolares.

Outros projectos individuais na comunidade

- Debater e aprofundar os interesses de todos os membros.
- Incentivar pequenas experiências para que os membros possam descobrir novos interesses.
- Dar mais apoio na concretização de projectos concretos na comunidade (actividades desportivas, línguas estrangeiras, actividades criativas, voluntariado, participação em organizações de bairro).
- Fazer um acordo com uma escola de inglês para os membros aprenderem inglês, como faz com a RUMOS na área da informática.

Ao nível habitacional foram propostas duas linhas de intervenção distintas. No que concerne às residências comunitárias, as sugestões vão no sentido de fortalecer as relações de vizinhança. Por outro lado, os participantes consideram fundamental o desenvolvimento de serviços de habitação apoiada e apoio domiciliário que possibilitem o acesso e manutenção de soluções habitacionais individualizadas.

Quadro 15 – Área Habitacional

Residências Comunitárias

- Promover momentos de convívio com a vizinhança (sugestão da realização de um churrasco).
- Promover uma maior familiaridade com os vizinhos.
- Organizar almoços ou jantares regulares com os familiares nas Residências.

Habitação Independente

- Promover soluções habitacionais mais independentes.
- Desenvolver os serviços de habitação apoiada (ajuda na obtenção de financiamento para casa própria, apoio na manutenção habitacional).
- Criar serviços de apoio domiciliário para as pessoas que vivem sozinhas.

Relativamente ao apoio inter-pares, as sugestões incluem o aumento dos contactos e ligações com outras pessoas com experiência de doença mental, nomeadamente através da dinamização do fórum on-line já criado, bem como com outros grupos de ajuda mútua.

Quadro 16 – Apoio Inter-Pares

- Formação dos dinamizadores da ajuda-mútua para melhorar a comunicação e a ajuda entre os membros. Apoio à resolução de conflitos.
- Alargar o contacto com outras pessoas com experiência de doença mental e dinamizar o fórum online de suporte inter-pares.
- Destacar informações sobre recursos úteis para que os membros possam recorrer: outros grupos de ajuda-mútua e organizações de defesa cívica.
- Trazer ao Centro organizações de ajuda inter-pares para partilha de informação (exemplo, Alcoólicos Anónimos, Associação Positivo).

O apoio na organização dos tempos livres é uma necessidade sentida por alguns membros e familiares, sendo uma área a que se deverá dar atenção. Foi avançada a proposta concreta de elaborar, semanalmente, um conjunto de sugestões e informações sobre actividades que os membros pudessem realizar durante o fim-de-semana.

Quadro 17 – Tempos Livres

- Organizar sugestões de actividades para os membros realizarem no fim-de-semana (ex: cinema, exposições).
- Fomentar mais o convívio entre os membros e a partilha de actividades fora do horário do Centro e fins-de-semana.

Foi proposto retomar a comissão de acolhimento aos novos membros, no sentido de facilitar o seu processo de integração no Centro Comunitário. Esta comissão é constituída por vários membros mais antigos que se disponibilizam para acompanhar, de forma mais próxima, os membros mais recentes durante o período inicial.

Quadro 18 – Apoio aos Novos Membros

- Retomar a comissão de acolhimento aos novos membros.
- Aumentar o apoio aos novos membros para os informar sobre as actividades e facilitar a sua integração.

Nos grupos de discussão que se realizaram para análise dos resultados foi identificado que nem todos os membros dispunham de informação sobre os seus direitos ou sobre procedimentos internos de funcionamento da associação. Nesse sentido, foi sugerido que se elaborasse um pequeno folheto informativo, bem como que toda a informação relevante para os membros fosse colocada em locais visíveis.

Quadro 19 – Informação Interna

- Elaborar um pequeno folheto com os direitos e deveres dos membros e com informação útil sobre o funcionamento dos serviços para que todos/as tenham acesso à informação.
- Sintetizar as informações sobre assuntos pertinentes para os membros e colocá-las nos placares de forma perceptível e visível (anúncios grandes).

O apoio aos membros que estão a passar por momentos mais difíceis e que não a vir à associação, foi considerado muito importante pelos participantes. Para além dos contactos telefónicos que são realizados, foi sugerida a realização de visitas domiciliárias e a criação de mecanismos que facilitem a detecção dessas situações.

Quadro 20 – Apoio na Crise

- Manter sempre actualizada a lista das pessoas que assinam a sua presença diária na Associação, para detectar facilmente quais são os membros que não estão a vir.
- Contactar os membros que estão com dificuldades em sair de casa. Os outros membros podem ajudar a fazer esses contactos.
- Aumentar o suporte em momentos difíceis, como por exemplo realizar visitas a casa dos membros.
- Ser possível, numa situação de emergência, a ajuda dos técnicos das residências aos membros que, não fazendo parte dela, estão em acompanhamento no Centro.

Os familiares consideraram também importante uma maior frequência das reuniões entre membros, técnicos/as e membros e o desenvolvimento de novos mecanismos de informação e comunicação, para além dos existentes, no sentido de poderem acompanhar mais facilmente as actividades e projectos que são desenvolvidos na associação.

Quadro 21 – Apoio às Famílias

- Mais frequência de reuniões com a família, os membros e as técnicas de suporte individual, para que as famílias possam acompanhar e apoiar os projectos individuais.
- Desenvolver actividades que cativem os irmãos.
- Para além da reunião de famílias, criar outros mecanismos de informação e comunicação com as famílias. Por exemplo, enviar o boletim semanal por e-mail para todas as famílias.

Um último conjunto de sugestões que designámos por informação e divulgação para o exterior, incluem a melhoria da divulgação dos serviços da associação, a realização de campanhas anti-discriminação e a organização de conferências e acções de formação sobre *recovery* e outras temáticas relacionadas com a integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental.

Quadro 22 – Informação e Divulgação para o Exterior

- Maior divulgação para o exterior dos serviços da associação. Actualizar a página web e fazer um novo folheto sobre os serviços.
- Promover a mudança da imagem das pessoas com experiência de doença mental, junto da comunidade em geral e técnicos.
- Realizar uma campanha anti-discriminação: cartazes pela cidade, rádio e televisão (informação, sobre as possibilidades e potencialidades de *recovery* da doença mental).
- Continuar a organizar conferências e acções de formação sobre *recovery* e integração comunitária.
- Ter um programa de rádio.
- Apoiar a abertura de núcleos noutras partes do país que não têm nenhum serviço na comunidade.

VI. Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados obtidos neste estudo, iremos realizar a discussão dos dados no sentido de responder às questões de investigação enunciadas. Estarão os serviços da AEIPS orientados segundo os valores e os princípios do *recovery*? Que factores organizacionais são identificados como tendo maior impacto nos processos de *recovery* dos utilizadores? Existem diferenças entre as perspectivas dos vários *stakeholders*? Que aspectos são identificados como tendo que ser melhorados?

Estarão os serviços da AEIPS orientados segundo os valores e os princípios do *recovery*?

Para responder a esta questão, analisámos a declaração de missão da AEIPS e os resultados obtidos através da Escala *Recovery Self Assessment*. A missão de uma organização deve traduzir os valores chave do *recovery* e identificar os resultados esperados, em vez de indicar apenas o serviço ou conjunto de serviços que pretende prestar a uma determinada população (Farkas et al., 2005). De acordo com este critério, consideramos que a missão da AEIPS está alinhada com os valores do *recovery*. A missão da AEIPS reflecte a sua visão sobre o potencial de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental e identifica claramente os resultados que pretende alcançar com os seus serviços, designadamente a integração social, o *empowerment* e a participação comunitária dos seus utilizadores, e que são congruentes com os resultados de *recovery* identificados na literatura (Ahern & Fisher, 1999; Anthony, 2000; Davidson et al., 2005b; Ralph, 2005; Young & Ensing, 1999).

A Escala *Recovery Self Assessment* permitiu aferir as percepções dos vários *stakeholders* sobre a orientação de *recovery* dos serviços da Associação. Quer em termos globais da escala, quer ao nível das cinco sub-escalas, os valores médios obtidos indicam que os participantes (membros, familiares e técnicos/as) consideram que a organização está a prestar serviços que são consistentes com os princípios do *recovery*.

A sub-escala Objectivos de Vida foi a que apresentou valores mais elevados. Esta sub-escala reflecte as percepções dos participantes no estudo acerca do apoio que os

membros da Associação recebem na definição e concretização dos seus objectivos, em particular ao nível do emprego e da escola. No único estudo já realizado com esta escala (O'Connell et al, 2005), junto de 82 organizações comunitárias de saúde mental nos EUA, esta sub-escala foi também a que alcançou melhores resultados. Os serviços comunitários orientados para o *recovery* fundamentam-se na convicção que as pessoas com experiência de doença mental podem ter uma vida pessoalmente significativa e contribuir para a sua comunidade. Nesse sentido, os serviços focalizam-se nos interesses e objectivos dos utilizadores e são estruturados de modo a facilitarem a concretização desses objectivos de vida (Onken et al., 2002). A participação na vida da comunidade, através da reaquisição de papéis sociais significativos ao nível do emprego e da educação, fortalece o estatuto social das pessoas com experiência de doença mental, os processos de integração e *recovery* (Ahern & Fisher, 1999; Davidson et al., 2005b). Deste modo, é encorajador verificar que os serviços da Associação estão focalizados no apoio à concretização dos projectos dos membros neste domínio.

A sub-escala Escolha reflecte a percepção dos participantes do estudo relativamente às oportunidades de auto-determinação e controlo dos membros sobre os seus próprios projectos e o grau pelo qual os profissionais respeitam as suas opiniões e decisões. Ter acesso a oportunidades de escolha e acesso a um vasto leque de opções é um factor promotor do *recovery* (Onken et al., 2002). Os contextos orientados para o *recovery* caracterizam-se por promoverem a auto-determinação dos seus utilizadores (Jacobson & Greenley, 2001; Ralph, 2005), o que inclui a possibilidade das pessoas afirmarem as suas preferências e a necessidade dessas escolhas serem respeitadas pelos profissionais. No nosso estudo, o factor Escolha alcançou resultados muito positivos, o que constitui outro indicador da orientação de *recovery* das práticas da organização. Um dos itens da escala que foi avaliado mais positivamente, pelos membros e pelos outros participantes no estudo, foi o que refere que os/as técnicos/as da associação respeitam e apoiam as escolhas e as preferências dos membros (média 4,37 e mediana 5).

Nos serviços orientados para o *recovery*, as oportunidades de escolha e tomada de decisão dos utilizadores englobam as que se referem ao tipo de suporte que consideram mais adequado, bem como a possibilidade de escolher os/as técnicos/as com quem querem trabalhar. Sobre este último ponto, contudo, a prática da Associação parece não ser ainda muito explícita. O item – os membros podem escolher e mudar, se desejarem,

de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles – foi o que obteve a média mais baixa (3,61) entre os 36 itens da escala. Embora cerca de metade dos participantes considerem que essa possibilidade existe, a outra metade não tem bem a certeza ou considera que tal não é possível. Os serviços orientados para o *recovery* devem ter políticas e procedimentos explícitos para que todos os *stakeholders* saibam o que os serviços podem ou não proporcionar (Farkas et al., 2005). Deste modo, parece ser necessário clarificar esta questão no contexto dos serviços da Associação e tornar este princípio explícito, assegurando que todos os *stakeholders* possuem essa informação.

A 3ª sub-escala reflecte a percepção que os participantes têm sobre a diversidade e a flexibilidade dos serviços de suporte proporcionados. Cerca de 80% dos participantes considera que a Associação disponibiliza uma variedade de opções de suporte, incluindo a ajuda-mútua e o suporte dos pares. O grupo de ajuda-mútua dos membros da Associação funciona desde 1990 e é orientado exclusivamente pelos próprios. A importância da ajuda mútua e do apoio dos pares tem sido enfatizado na literatura como essencial nos processos de *recovery* e constitui uma dimensão importante nos sistemas e serviços orientados para o *recovery* (Davidson, Chinman, Kloos, Weingarten, Stayner & Tebes, 2005c; Jacobson & Curtis, 2000). A partilha de experiências semelhantes, no âmbito dos grupos de ajuda-mútua, aumenta a compreensão das pessoas sobre a sua situação, promove o seu sentimento de comunidade e de esperança e fortalece os seus recursos pessoais e sociais para lidarem com os seus problemas e assumirem o controlo das suas vidas (Davidson et al, 2005; Levy, 2000; Randall & Salem, 2005).

No que diz respeito à flexibilidade dos serviços, a maioria dos participantes considera também que a Associação disponibiliza suportes adaptados às diferentes agendas dos seus utilizadores. As reuniões realizadas em horário pós-laboral, para os membros envolvidos em actividades profissionais, constituem um exemplo.

As sub-escalas Participação e Serviços Individualizados registaram valores médios ligeiramente mais baixos, comparativamente com os outros factores, embora positivos. A sub-escala Participação permite perceber como os participantes percebem o grau de envolvimento e influência que os membros têm no planeamento, implementação e avaliação dos serviços, na gestão da organização e na formação dos profissionais. No estudo realizado por O'Connell et al (2005), as organizações envolvidas apresentaram

resultados médios mais baixos nos itens que diziam respeito ao envolvimento dos utilizadores na gestão, implementação e avaliação dos serviços. Outros estudos têm apontado que esta é uma barreira que tem sido difícil de transpor pelos consumidores, no sentido de participarem e terem poder e influência nas suas organizações (Mowbray, Moxley, Jasper & Howell, 1997).

No nosso estudo, os resultados da sub-escala Participação foram, no seu conjunto, mais positivos do que os evidenciados na investigação de O'Connell et al, (2005). A reflexão sobre os processos de *empowerment*, suscitada por um estudo realizado anteriormente na AEIPS (Ornelas, Vargas-Moniz & Albuquerque, 2003), proporcionou o desenvolvimento e a consolidação de diversas estratégias de *empowerment* organizacional, nos serviços da Associação. Os membros que utilizam os serviços da Associação podem ser seus associados e fazer parte dos órgãos directivos da mesma. Nas reuniões semanais da equipa técnica e nas sessões semanais de formação permanente estão sempre presentes representantes dos membros. Os membros participam também nos processos de avaliação dos serviços, bem como nos workshops anuais de planeamento das actividades. Mais recentemente, a criação do Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua, dinamizado e gerido pelos membros da Associação, tem contribuído para o fortalecimento da sua participação e influência nos serviços, para o desenvolvimento das suas ligações com outras pessoas com experiência de doença mental e organizações de consumidores, a nível nacional e internacional, e para o aumento da sua consciência crítica e capacidade de intervenção no contexto social mais abrangente, nomeadamente através da edição de um boletim e da elaboração de contributos para documentos de política de saúde mental (cf. Ornelas, 2007).

Os resultados deste estudo reflectem as práticas de *empowerment* organizacional que têm vindo a ser desenvolvidas no contexto da Associação. Contudo, também indicam que alguns destes domínios poderão ser aprofundados. Em relação ao item os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da Associação, a média situou-se nos 3,80, sendo uma das mais baixas do conjunto dos itens da escala. Sendo um dos princípios da associação o envolvimento dos membros nos processos de avaliação dos serviços, a justificação para este valor poderá ser o facto da pergunta englobar simultaneamente a avaliação de actividades e dos técnicos ou os processos de avaliação participativos serem realizados

de forma mais sistemática em determinadas áreas dos serviços, não englobando a totalidade dos *stakeholders*. Relativamente ao item que refere que os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação, a média de 3,84 foi igualmente uma das mais baixas, reflectindo a tendência que se verifica na separação entre o envolvimento nos serviços e a participação associativa. Muitos membros, familiares e profissionais não são sócios da associação, pelo que desconhecem que não só os membros podem aceder a esses órgãos, como ocupam, desde há vários anos, cargos efectivos na Direcção e Conselho Fiscal da Associação. Tendo em conta que as grandes decisões estratégicas e de implementação de novos projectos e serviços são discutidas e decididas no contexto das Assembleias-gerais dos associados, uma maior participação associativa conduziria a uma maior capacidade de influência dos vários *stakeholders* sobre a vida da Associação.

Relativamente à sub-escala Serviços Individualizados, os resultados apontam que a maioria dos participantes considera que os serviços da Associação são sensíveis às diferentes necessidades, culturas e interesses individuais dos seus membros, envolvem as suas redes de apoio natural e procuram dar apoio ao desenvolvimento das suas ligações com as suas comunidades. Todas estas dimensões são, como vimos anteriormente, características das organizações orientadas para o *recovery*. O suporte emocional e instrumental proporcionado pelas redes de apoio natural, como a família e os amigos, é uma dimensão importante dos processos de *recovery* (Ahern & Fisher, 1999; Deegan, 1988; Nelson et al., 2001), pelo que o seu envolvimento, colaboração e apoio contribuem para o bem-estar e integração comunitária dos consumidores.

No que diz respeito ao suporte, proporcionado pela Associação aos membros, no estabelecimento de ligações na sua vizinhança e comunidade, os resultados do nosso estudo indicam que esta é uma área que poderá ser aprofundada, no futuro, por parte dos serviços. Os vizinhos, as associações de bairro ou outras organizações da comunidade têm sido identificados na literatura como recursos de suporte importantes que fortalecem a ligação e o sentimento de pertença à comunidade e os processos de integração e *recovery* (Kloos et al., 2002; Trainor et al., 2004).

A diversidade é outra dimensão que tem vindo a merecer cada vez mais a atenção dos serviços de suporte comunitários orientados para o *recovery* (Ida, 2007). Embora as

peças com doença mental partilhem experiências que são semelhantes, elas são diferentes ao nível do género, idade, etnia, orientação sexual ou cultura. Isto implica que os profissionais devem ser sensíveis aos diferentes valores, interesses e necessidades dos utilizadores, bem como conhecer as barreiras e as experiências de dupla discriminação que as pessoas podem vivenciar no contexto das organizações e da comunidade e que afectam os seus processos de *recovery*. Os serviços de suporte comunitários que promovam e valorizem a diversidade das suas equipas e a sua formação neste domínio, fortalecem os seus recursos para compreender e lidar com a diversidade dos seus utilizadores e desenvolver relações e suportes que facilitem o *recovery* (Ida, 2007).

Nos grupos de discussão, realizados no âmbito deste estudo, os participantes referiram que nas reuniões semanais e eventos festivos da Associação se verifica uma abertura para a expressão e valorização das questões da diversidade. Por outro lado, existe um grupo de ajuda-mútua de mulheres que se focaliza nas vivências e necessidades específicas das mulheres com doença mental e que, segundo as participantes, tem contribuído para o seu fortalecimento individual e de grupo, para uma maior consciência dos seus direitos e para uma maior participação na vida da Associação e na comunidade.

Que factores organizacionais são identificados como tendo maior impacto nos processos de *recovery* dos utilizadores?

Esta investigação permitiu identificar várias dimensões da cultura organizacional que contribuem para os processos de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental. Os resultados são consistentes com a literatura nesta área.

Os participantes referem que o clima de esperança, confiança nas potencialidades e na possibilidade do *recovery* que existe na Associação é um dos factores que mais tem contribuído para o *recovery* dos seus membros. Se tivermos também em conta os resultados da escala, observamos que um dos itens que alcançou uma média mais elevada (4,39) foi o que refere que os/as técnicos/as da associação acreditam que as

peessoas podem atingir o *recovery* e fazer escolhas sobre a sua vida e sobre os serviços que consideram mais adequados receber (item 36).

A esperança é fundamental para o *recovery* já que as pessoas devem fortalecer a confiança nelas próprias e no seu futuro para reunir os recursos necessários para superar os desafios da doença mental e estabelecerem um sentimento de propósito e objectivos na sua vida (Fisher & Deegan, 1998; Davidson et al., 2005b). Num estudo realizado por Onken et al. (2002), os participantes referiram como o sentimento de esperança e propósito é uma dimensão fundamental nos seus processos de *recovery*. O desenvolvimento deste sentimento é conseguido através da sua interacção com outras pessoas (incluindo a família e os profissionais) e com os contextos sociais (incluindo os serviços de suporte comunitários), sendo que essas interacções podem promover ou obstruir o sentimento de esperança.

Um contexto que apoia a crença que o *recovery* é possível e manifeste as suas expectativas positivas e respeito pelos objectivos e potencialidades dos consumidores, facilita os processos de auto-determinação e *recovery* (Onken et al., 2002). Num estudo, realizado anteriormente na Associação (Monteiro & Matias, 2007), para aferir as atitudes dos membros e técnicos/as da associação face ao *recovery*, os autores concluíram que os resultados revelavam atitudes muito positivas por parte dos participantes em relação à possibilidade do *recovery* e à plena participação das pessoas com experiência de doença mental na comunidade. Os participantes também concordaram que a esperança era um factor importante para o *recovery* (Monteiro & Matias, 2007).

O *empowerment* é outro aspecto da cultura organizacional da associação, referido pelos participantes, como facilitador dos processos de *recovery*. O *empowerment* refere-se ao processo dos consumidores readquirirem o controlo sobre as suas vidas, através do acesso a escolhas significativas ao nível do emprego, educação, lazer, habitação ou relações interpessoais, bem como aos recursos e suportes para implementar essas escolhas (Onken et al., 2002). Vários estudos indicam que o *empowerment* está altamente correlacionado com os processos de *recovery* (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary & Okeke, 1999; Davidson & Strauss, 1992; Fisher & Deegan, 1998; Young & Ensing, 1999). No nosso estudo, os participantes sublinharam, como um factor

organizacional promotor do *recovery*, o respeito pelas preferências e decisões dos membros, o apoio dos serviços na concretização desses objectivos individuais e o envolvimento dos membros na definição, implementação e avaliação dos seus projectos.

Nos serviços orientados para o *recovery* a questão do *empowerment* não diz apenas respeito à auto-determinação sobre aspectos de natureza individual, mas implica também uma maior participação e influência dos consumidores a nível organizacional (Davidson et al., 2007; Nelson et al., 2001). Vários membros da Associação referiram que a possibilidade de ser sócio da AEIPS, colaborar na Direcção e em projectos transnacionais, bem como participar, como formador, em aulas para futuros profissionais ou em conferências foram aspectos importantes e facilitadores dos seus processos de *recovery*.

O emprego, as actividades escolares, o envolvimento em acções de formação ou outras actividades pessoalmente significativas, em contextos comunitários, são referidas como áreas cruciais dos processos de *recovery*, pelos participantes no estudo. Estes resultados são consistentes com a literatura sobre *recovery*. No estudo de Onken et al (2002) os participantes indicaram que os processos de *recovery* são facilitados através de actividades significativas que proporcionam o exercício de papéis sociais valorizados e ligam as pessoas à comunidade, seja através do emprego, da prossecução de estudos, do envolvimento num grupo de *advocacy* ou numa organização da comunidade. Mais importante do que as actividades ou papéis que as pessoas escolhem ou desempenham é que essas actividades sejam pessoalmente significativas e proporcionem um sentimento de realização ou de contribuição para a sua comunidade (Davidson et al., 2007; Young & Ensing, 1999). Este tipo de participação também proporciona à pessoa um sentimento de propósito e direcção na sua vida.

O *recovery* depende de um ambiente que proporcione as oportunidades e os recursos para o desempenho de papéis e actividades significativas (Onken et al., 2007). A Associação, como vimos anteriormente, parece ter os suportes que facilitam o envolvimento e participação dos membros neste tipo de actividades. Os itens que se relacionam com o apoio dos/as técnicos/as aos membros na concretização dos seus objectivos educacionais, de emprego ou de outros projectos pessoais alcançaram scores elevados (4,38 e 4,29 e medianas de 5).

As relações sociais são uma outra dimensão importante nos processos de *recovery*. Vários estudos referem que o isolamento pessoal e social dificulta a viagem de *recovery* (Onken et al., 2002). Pelo contrário, o estabelecimento de relações sociais e o suporte social da família, amigos, pares, colegas facilitam o processo de *recovery* e integração social e promovem o sentimento de pertença a um grupo ou uma comunidade (Ahern & Fisher, 1999; Beale & Lambric, 1995; Onken et al, 2002). No nosso estudo, um dos aspectos mais referidos pelos participantes, em particular pelos membros, como tendo um papel fundamental nos processos de *recovery*, foi o apoio e o convívio com os pares e a oportunidade de terem conhecido novas pessoas e fazer amigos. Quando se referem aos pares não subsistem dúvidas que o fazem em relação aos outros membros da associação, mas deixamos em aberto a possibilidade da referência aos novos conhecimentos e amigos poderem incluir também colegas de escola ou de trabalho.

As narrativas dos consumidores e a investigação têm sublinhado a importância do suporte inter pares nos processos de *recovery*. Os pares podem dar ideias sobre como resolver problemas, descobrir e aceder a novos recursos e ser mentores de *recovery* (Davidson et al., 2005c; Randall & Salem, 2005). A relevância do suporte inter-pares foi também evidenciada num estudo anterior, realizado na Associação (Breda & Ornelas, 2007). Nesse estudo, os participantes identificaram que as dimensões mais relevantes do suporte inter-pares consistiam na partilha de informação, na realização de actividades de lazer, no suporte emocional e nos apoios concretos em termos escolares e da manutenção do emprego.

O apoio e a colaboração dos profissionais na concretização dos projectos individuais dos membros são, também, aspectos valorizados pelos membros e familiares. No nosso estudo, o item da escala que alcançou a média mais alta (4,52) foi o que refere que a função dos técnicos da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos. Outros estudos referem igualmente que os profissionais e os serviços de suporte têm um papel importante nos processos de *recovery* (Onken et al., 2002) quando fortalecem os processos de auto-determinação e apoiam os consumidores na concretização dos seus objectivos de participação e integração na comunidade. No estudo realizado por Young e Ensing (1999), os participantes afirmaram que a ajuda dos profissionais era importante desde que fossem eles próprios, e não os profissionais, a assumir a condução do seu processo de *recovery*. Num outro estudo realizado por Ralph

et al., (1996) os consumidores identificaram que os profissionais que têm um papel positivo no *recovery* são os que os encorajam e respeitam as suas decisões, estabelecem uma relação de parceria e ajudam a descobrir os recursos e serviços que eles consideram necessários.

Uma outra área referida pelos membros como facilitadora do *recovery* é a oportunidade, proporcionada pela Associação, para participarem em conferências e em acções de formação, onde têm a oportunidade de aprender sobre o *recovery* e sobre outros temas com ele relacionados. Também na análise dos resultados, obtidos através da escala, verificámos que os itens relacionados com o facto da Associação proporcionar informação/formação para a comunidade e oportunidades para que os membros, as famílias e os/as técnicos/as possam aprender sobre o *recovery* têm pontuações elevadas (4,35; 4,43). A aquisição de conhecimentos neste domínio possibilita uma nova visão e consciência crítica sobre os problemas de saúde mental e sobre as soluções promotoras do *recovery* e integração comunitária, permitindo às pessoas com experiência de doença mental adquirirem um maior controlo sobre as suas opções e tornarem-se agentes activos nos seus processos de *recovery*. O investimento na formação sobre *recovery* tem sido apontado como uma prioridade para orientar os processos de mudança das organizações e sistemas de saúde mental tendo em vista a adopção de políticas e práticas consistentes com os princípios do *recovery* (Jacobson & Curtis, 2000).

Existem diferenças entre as perspectivas dos vários *stakeholders*?

A partir dos resultados obtidos com a escala RSA, verificamos que existem diferenças significativas na percepção que os vários *stakeholders* têm sobre as práticas implementadas na Associação. O grupo das famílias foi o que avaliou de forma mais positiva os serviços da Associação, em todas as sub-escalas. As famílias expressaram também, nas questões abertas do questionário, a sua profunda satisfação por terem encontrado a Associação e pelo apoio que é dado aos seus familiares com doença mental. Vários estudos têm apontado que os problemas de saúde mental têm um impacto não só na vida das pessoas com doença mental, mas também na vida dos familiares (Spaniol, Zipple & Lockwood, 2005). As mudanças nos ritmos e hábitos

diários, devido à necessidade de prestarem um maior apoio aos seus familiares, a diminuição dos seus contactos e actividades sociais e as preocupações face ao futuro são aspectos referidos frequentemente pelas famílias. Nesse sentido, a ligação e o apoio da Associação foi importante para perspectivarem o futuro com mais optimismo e esperança e recuperarem, de certo modo, também a sua vida.

No nosso estudo, o grupo dos membros foi o que atribuiu pontuações mais baixas em todas as sub-escalas, situando-se o grupo dos/as técnicos/as numa posição intermédia, embora ligeiramente mais próxima do grupo das famílias. No estudo de O'Connell et al (2005), o grupo dos técnicos foi o que atribuiu pontuações mais baixas nos vários factores da escala. Por outro lado, o grupo dos consumidores foi o que atribuiu pontuações mais elevadas em todas as sub-escalas. Segundo os autores, a consistência destes resultados em todas as organizações envolvidas no estudo pode indicar que os consumidores consideram, de facto, as suas organizações como orientadas para o *recovery*. Contudo, os autores referem que estes resultados poderão ter sido uma consequência dos procedimentos utilizados na constituição da amostra. Os consumidores que participaram foram seleccionados pelo staff das organizações. Deste modo, os profissionais podem ter seleccionado os consumidores que tinham maiores probabilidades de realizar uma boa avaliação sobre os serviços.

No nosso estudo, a selecção não foi realizada pelos profissionais mas dependeu da aceitação dos próprios membros em participar. Dos 100 membros a frequentar os serviços da Associação, na altura da realização do estudo, 90 aceitaram participar, pelo que a amostra é muito representativa.

Por outro lado, vários autores têm alertado para o facto dos utilizadores dos serviços frequentemente expressarem a sua preocupação sobre a possibilidade do apoio que recebem ser afectado pelas respostas que dão neste tipo de questionários (Repper & Perkins, 2003). Nos processos de avaliação dos serviços e dos índices de satisfação, se forem os profissionais a fazer as perguntas, eles podem influenciar significativamente as respostas obtidas, na medida em que os consumidores, muitas vezes, acabam por tentar agradar-lhes, dizendo aquilo que eles querem ouvir (Rose, 2001). Isto pode ser evitado ao envolver os utilizadores dos serviços como investigadores. No nosso estudo foram os membros que, como colaboradores do grupo de investigação, realizaram a recolha dos

dados junto dos seus pares. Pensamos que este procedimento permitiu criar um ambiente mais confortável e de maior confidencialidade para os membros expressarem as suas verdadeiras opiniões e preocupações sobre as práticas da organização.

Se uma das metas adoptadas pela associação, tal como foi referido nos grupos de discussão, é 100 membros, 100 processos de *recovery*, há que ter em atenção que alguns dos seus membros não percebem que os serviços prestados tenham uma orientação de *recovery*. Pensamos que a cultura organizacional de esperança que existe na Associação aumenta as expectativas, o sentido crítico e nível de exigência dos seus utilizadores. Este é um desafio interessante e que poderá ser bem sucedido numa perspectiva colaborativa e de parceria entre membros e técnicos.

Que aspectos são identificados como tendo que ser melhorados?

Este estudo possibilitou um debate entre os *stakeholders* da organização sobre as práticas orientadas para o *recovery*. Com base nessas discussões foram elaboradas, pelos participantes, várias propostas no sentido da melhoria dos serviços.

Um primeiro conjunto de recomendações visa o aprofundamento dos processos colaborativos e de *empowerment* organizacional. Assim, considerou-se importante aumentar as oportunidades de participação e influência dos membros no planeamento e dinamização dos serviços, potenciando também, deste modo, o apoio inter-pares. Várias das propostas avançadas pelos membros, em termos da melhoria dos suportes, constituem-se, elas próprias, como exemplos concretos onde a sua colaboração poderá ser uma mais valia. Os membros podem colaborar na comissão de acolhimento aos novos membros, nos contactos telefónicos e visitas aos colegas que estão em momentos mais difíceis, na organização de sugestões de actividades que podem ser realizadas, individualmente ou em grupo, aos fins de semana ou, ainda, na pesquisa de recursos da comunidade.

O envolvimento e colaboração dos membros na formação dos técnicos foi outra dimensão que, segundo os participantes, deverá continuar a ser desenvolvida no sentido

de melhorar os processos de comunicação e a utilização de uma linguagem de *empowerment*, valorizar o conhecimento de ambos os grupos e a aprendizagem recíproca. Defendendo que a Associação deverá continuar aberta à inovação, os participantes propõem um aumento das iniciativas de avaliação e investigação colaborativa. A investigação tem demonstrado que a colaboração nos processos de decisão e no planeamento, implementação e avaliação dos serviços, promove o sentimento de *empowerment* dos *stakeholders* e desenvolve a capacidade das organizações para encontrarem soluções mais criativas e adequadas às necessidades dos seus membros e para influenciar os processos de mudança (Fawcett et al., 1995).

Um segundo conjunto de recomendações refere-se ao acesso aos recursos e participação na comunidade. Embora esta seja uma dimensão dos serviços que é avaliada positivamente pelos participantes, poderá ainda ser melhorada. As sugestões vão no sentido da ampliação dos contactos e das parcerias com empresas, escolas e outros recursos comunitários para diversificar e aumentar as oportunidades de integração social e tornar mais célere esses processos. Por outro lado, uma das questões abordadas nos grupos de discussão foi a importância de assegurar que todos os membros possam ter o apoio necessário para debater os seus interesses, planear e concretizar os seus projectos educacionais, de emprego ou outros que sejam pessoalmente significativos.

Os participantes consideram também fundamental o desenvolvimento de serviços de habitação apoiada e apoio domiciliário que possibilitem o acesso e manutenção de soluções habitacionais individualizadas. Num estudo exploratório sobre as necessidades habitacionais das pessoas com experiência com doença mental, realizado nas residências comunitárias da Associação (Candeias, 2007), cerca de 75% dos residentes referiu que gostaria de ter a sua própria casa. A privacidade e a autonomia foram os motivos mais evocados para justificar esta preferência. Os mesmos residentes referiram que gostariam de ter apoio para encontrar uma casa e manter uma situação habitacional estável. Vários estudos têm concluído que as pessoas com experiência de doença mental demonstram uma preferência por habitação independente, com apoios flexíveis (Massey & Wu, 1993). O acesso a uma habitação independente responde às necessidades de privacidade e autonomia das pessoas com experiência de doença mental e contribuiu para o *recovery* e bem-estar (Ridgway, 2001).

Os debates sobre os resultados do estudo foram igualmente úteis para identificar discrepâncias que podem ser atribuídas à falta de comunicação e informação. Por exemplo, no nosso estudo, alguns membros referiram que não tinham acesso aos seus registos individuais, tendo este sido um dos itens que apresentou uma média mais baixa neste grupo de participantes. Os/as técnicos/as, por seu lado, referem exactamente o oposto, tendo este item sido um dos que apresentou uma média mais elevada neste grupo de participantes. Isto significa que os consumidores desconhecem os seus direitos, consignados no regulamento interno da Associação, ou que a elaboração conjunta dos registos não é ainda uma prática consistente na organização. Um outro exemplo, a que já fizemos referência anteriormente, consiste na falta de clarificação sobre a possibilidade dos membros escolherem o/a técnico/a de suporte. Uma sugestão para obviar esta falta de informação foi a elaboração de um folheto informativo com os direitos e deveres dos membros da Associação.

Também os familiares consideraram importante reforçar os processos de informação e comunicação, nomeadamente através do aumento da frequência de reuniões entre membros, técnicos/as e familiares e da criação de novos mecanismos de informação, como o envio por e-mail do boletim semanal elaborado pelos membros, no sentido de poderem acompanhar mais facilmente as actividades e projectos que são desenvolvidos na Associação.

Os participantes sugeriram igualmente que a Associação deveria melhorar o seu plano de comunicação para o exterior, através da edição de novas brochuras, da actualização dos conteúdos da página web e da realização de campanhas anti-discriminação que disseminassem a ideia do *recovery* e da integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental.

O reconhecimento do impacto que a discriminação tem na vida das pessoas com doença mental tem conduzido à concepção e realização de campanhas anti-discriminação para combater os estereótipos negativos prevaletentes na sociedade (Watson & Corrigan, 2005). Estas campanhas procuram divulgar informação e apresentar argumentos que contraponham os mitos existentes sobre a doença mental, utilizando vários canais de comunicação (folhetos, cartazes, anúncios, vídeos, testemunhos, filmes) e dirigindo-se à população em geral ou a sectores específicos da sociedade. Embora as campanhas

educacionais possam proporcionar uma mudança de atitudes, este tipo de estratégia tem um impacto limitado e, por vezes, pode ter o efeito contrário ao que é pretendido (Sayce, 2000, Watson & Corrigan, 2005). A investigação tem revelado que a estratégia do contacto directo, entre pessoas com e sem doença mental, tem efeitos mais positivos na mudança das atitudes do que as estratégias educacionais (Pettigrew & Tropp, 2000; Watson & Corrigan, 2005). Deste modo, os serviços de suporte comunitários que realizam campanhas anti-discriminação e, simultaneamente, desenvolvem oportunidades para os contactos interpessoais, através da participação das pessoas com experiência de doença mental nos contextos comunitários, serão mais eficazes na promoção do *empowerment* dos seus utilizadores e na mudança comunitária.

Por último, os participantes consideram que, para potenciar os processos de *recovery*, a Associação deverá procurar influenciar as políticas sociais, no sentido de ampliar as oportunidades e os apoios à inclusão comunitária das pessoas com experiência de doença mental. Vários autores têm referido que o paradigma de *recovery* implica vários níveis de análise e intervenção: individual, organizacional e da política social (Davidson et al., 2007; Nelson et al., 2001; Onken et al., 2007; Trainor et al., 2004).

Conclusão

No paradigma do *recovery* o que se pretende não é tornar as pessoas com experiência de doença mental *mainstream* mas alargar as margens do *mainstream* para que todas as pessoas possam participar na sua comunidade. Esta frase proferida por Patrícia Deegan, uma figura proeminente do movimento dos consumidores/sobreviventes, traduz bem o espírito do desafio que os serviços de base comunitária têm pela frente.

Com este trabalho procurámos identificar dimensões organizacionais que promovem o *recovery* das pessoas com experiência de doença mental. Os processos de *recovery* têm vindo a ser definidos e interpretados numa perspectiva ecológica. A interação dinâmica entre as características dos indivíduos, as características do ambiente e as características dos processos de troca, entre os indivíduos e o ambiente, podem promover ou bloquear os processos de *recovery* (Ralph, 2005).

Este estudo confirmou a importância de descrever o *recovery* em termos ecológicos. O contexto social e a possibilidade de aceder a recursos são factores fundamentais para compreender as mudanças que as pessoas têm na sua vida. O *recovery* não se fundamenta apenas num novo sentimento de esperança e *empowerment*, mas também no aumento da capacidade da sociedade para valorizar e integrar todas as pessoas.

O novo paradigma de *recovery* muda a natureza dos problemas e das soluções. Seidman e Rappaport (1986) salientaram a importância de repensar o problema já que a forma como ele é definido dita muitas vezes as soluções que serão utilizadas. As abordagens de reabilitação centravam o problema nas pessoas. O paradigma do *recovery* centra o problema nos processos de interdependência e ajustamento entre os indivíduos e a comunidade, requerendo, deste modo, uma mudança individual e social (Nelson et al., 2001).

Em termos da mudança de paradigma, isto implica uma mudança significativa na forma como as organizações devem funcionar e no tipo de serviços que são proporcionados, de modo a permitir às pessoas com experiência de doença mental aceder aos recursos e retomarem os papéis sociais e as actividades que são prioritárias e significativas para

elas. Neste sentido, os processos de *recovery* relacionam-se com os contextos organizacionais que têm uma cultura de esperança e promovem o *empowerment*, a integração e participação das pessoas com experiência de doença mental nos contextos naturais da comunidade.

A implementação deste modelo de intervenção implica uma abertura das organizações à comunidade envolvente, no sentido de conhecerem os recursos que estão disponíveis e podem ser mobilizados e construir parcerias comunitárias para responder às necessidades específicas e aos interesses dos utilizadores dos serviços (Ornelas, 2007).

Um modelo de *recovery* ajuda a minimizar o papel que os profissionais têm na vida dos utilizadores dos serviços e a maximizar as redes de apoio natural como os amigos, a família, os vizinhos, os colegas de trabalho e outros membros da comunidade (Onken et al., 2007).

O *empowerment* e as relações colaborativas, entre profissionais e utilizadores dos serviços, são outra dimensão distintiva dos serviços orientados para o *recovery*. Numa relação colaborativa, os profissionais valorizam a experiência e os interesses dos consumidores, apoiam-nos a descobrir, obter informação e avaliar diferentes possibilidades, trabalhando, em conjunto, na concretização dos projectos e actividades que eles consideram significativos. O *empowerment* organizacional implica também que os consumidores e as famílias sejam envolvidos no planeamento, avaliação e gestão dos serviços (O’Connell et al., 2003; Jacobson & Curtis, 2000).

A formação dos profissionais e das organizações sobre o *recovery* afigura-se necessária para que possam adoptar práticas e suportes que sejam facilitadores deste processo. Por outro lado, devemos analisar de forma crítica e avaliar as nossas práticas e aumentar a nossa base de conhecimento sobre este domínio, através da investigação. A investigação sobre *recovery* e sobre as práticas promotoras de *recovery* é fundamental para orientarmos a nossa intervenção e a qualidade dos serviços que prestamos.

Este foi um estudo exploratório, realizado numa organização de base comunitária que presta serviços de suporte a pessoas com experiência de doença mental. Seria interessante, no futuro, realizar uma investigação que englobasse várias organizações

deste tipo. Para além disso, porque os itens desta escala são escritos para avaliar as percepções dos participantes, a investigação futura deveria também incluir outro tipo de indicadores (emprego, escola, situação habitacional).

Este estudo foi também um contributo para fortalecer uma perspectiva de investigação colaborativa dos *stakeholders*. Se o *empowerment* e a colaboração são dimensões críticas nos processos de *recovery*, então a sua relação justifica uma maior atenção da investigação no futuro.

O paradigma de *recovery* lança um grande desafio. Um desafio que se traduz na construção de uma comunidade que celebre a diversidade e onde todas as pessoas sejam livres de realizar as suas opções e desenvolver os seus talentos e possam participar em condições de igualdade na vida económica, social e política.

Referências

- Ahern, L. & Fisher, D. (1999). People fully recover from mental illness. *NEC Newsletter*, Spring.
- Ahern, L. & Fisher, D. (2002). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at Your Own Pace*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Allott, P. & Loganathan, L. (2002). A new paradigm for delivering recovery oriented services for people with serious mental illness: Implications for service delivery. *The Mental Health Review*, 7 (2), 6-13.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1ª Ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2ª Ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3ª Ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4ª Ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- 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.
- Anthony, W. (2000). A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 159-168.
- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1982). A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize one if I see one? *Community Mental Health Journal*, 18, 83-96.
- Anthony, W., & Jasen, M. (1984). Predicting the Vocational Capacity of the Chronically Mentally Ill. *American Psychologist*, 39(5), 537-543.
- Avon Measure Working Group (1996). *The Avon Mental Health Measure: A User-Centred Approach to Assessing Need*. Avon: Mind.
- Barham, P., & Hayward, R. (1998). In sickness and in health: Dilemmas of the person with severe mental illness. *Psychiatry*, 61, 163-170.
- Beale, V., & Lambric, T. (1995). *The Recovery Concept: Implementation in the Mental Health System*. Ohio Department of Mental Health.
- Beard, J., Propst, R., & Malamud, T. (1982). The Fountain House model of psychiatry rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-53.

- Becker, D., & Drake, R. (1993). *A Working Life: The Individual Placement and Supported Program*. New Hampshire: Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Becker, D., Drake, R., Farabaugh, A., & Bond, G. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 47 (11), 1223-1226.
- Bedregal, L., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The recovery knowledge inventory: Assessment of mental health knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30 (2), 96-103.
- Beers, C. (1953). *A Mind That Found Itself*. New York: Doubleday.
- Blackwell, B., Eiders, K., & Robinson, D. (2000). The consumer's role in assessing quality. In G. Stricker & W. Tror (Eds), *Handbook of Quality Management in Behavioral Health: Issues in the Practice of Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Bleurer, E. (1950 [1911]). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Bleuler, M. (1978). *The schizophrenic disorders: Long-term patient and family studies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bond, G., Becker, D., Drake, R., Rapp, C., Meisler, N., Lehman, A., Bell, M., & Blyler, C. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52 (3), 313-322.
- Bond, G., Dietzen, L., McGrew, J., & Miller, L. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 40, (2), 75-94.
- Bond, G., Drake, R., Meuser, K., & Becker, D. (1997). An updated on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 52 (3), 335-346.
- Breda, M., & Ornelas, J. (2007). *Ajuda Inter-Pares* (dissertação monográfica de licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Comunitária.
- Brier, A., & Strauss, J. (1984). The role of social relationships in the *recovery* from psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 141 (8), 949-955.
- Calabrese, J., & Corrigan, P. (2005). Beyond dementia praecox: Findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. In R. Ralph & P. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness – Broadening our understanding of wellness* (pp. 63-84). Washington D.C., American Psychological Association.

- Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., & Leff, H. (2005). *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures*. Cambridge: Evaluation Center – Human Services Research Institute.
- Candeias, C. (2007). *Estudo sobre as Necessidades Habitacionais das Pessoas com Doença Mental que Vivem em Residências Comunitárias* (dissertação monográfica de licenciatura em Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Comunitária.
- Carling, P. (1995). *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York: The Guilford Press.
- Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Chamberlin, J. (1990). The ex-patient' movement: Where we have been and where we are going. *The Journal of Mind and Behaviour*, 11 (3), 323-336.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (4), 43-46.
- Chamberlin, J. (2006). *Confessions of a Non-Compliant Patient*. Consultado em 01/02/2006 em <http://www.power2u.org>.
- Chamberlin J. & Fisher, D. (2008). *Inclusive Livable Communities for People with Psychiatric Disabilities*. Washington, DC: National Council on Disability.
- Chamberlin, J. & Rogers, J. (1990). Planning a community-based mental health system: Perspective of service recipients. *American Psychologist*, 45(11), 1241-1244.
- Chamberlin, J., Rogers, & E, Ellison, M. (1996). Self-help programs: A description of their characteristics and their members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 33-42.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5, 168-195.
- Ciampi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-618.
- Clay, S., Schnell, B. Corrigan, P., & Ralph, R. (2005). *On Our Own, Together: Peer Programs For People with Mental Illness*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Colleman, R., & Smith, M, (1997). *Working with Voices*. Gloucester: Handsell Publishing.

- Cook, J., & Jonikas, J. (2002). Self-determination among mental health consumers/survivors: Using lessons from the past to guide the future. *Journal of Disability Policy Studies*, 13 (2), 87-95.
- Cook, J., Petersen, C., & Jonikas, J. (2004). *Express Yourself: Assessing Self-Determination in Your Life*. Chicago: National Research and Training Center on Psychiatric Disability.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Copeland, M (2002). *Wellness Recovery Action Plan*. West Dummerston, VT: Peach Press.
- Corrigan, P., Giffort, D, Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35, 231-239.
- Corrigan, P., & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. Corrigan (Ed), *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change* (pp.11-44). Washington D.C., American Psychological Association.
- Corrigan, P., & Ralph, R. (2005). Recovery as a consumer vision and research paradigm. In R. Ralph & P. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness – Broadening our understanding of wellness* (pp. 3-18). Washington D.C., American Psychological Association.
- Cross, T., Earle, K., Echo-Hawk-Solie, H., & Manness, K. (2000). Cultural strengths and challenges in implementing a system of care model in America Indian communities. In *Systems of Care: Promising Practices in Children’s Mental Health, 2000 Services*, Vol. 1. Washington, DC: Center for Effective Collaboration and Practice, American Institutes for Research.
- Dalton, J., Elias, M., & Wandersman, A. (2001). *Community Psychology: Linking Individuals and Communities*. Stamford, CT: Wadsworth.
- Davidson, L. (2003). *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Davidson, L., Haglund, K., Stayner, D., Rakfeldt, J. Chinman, M., & Tebes, J. (2001). It was just realizing that life isn’t one big horror: A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 275-292.
- Davidson, L., O’Connell, M, Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. (2005a). Recovery in serious mental illness. Paradigm shift or shibboleth. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds), *Recovery from Severe Mental Illness: Research Evidence and Implications for Practice* (pp. 5-26). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.

- Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O'Connell, M. (2005b). Qualitative studies of recovery: What can we learn from the person. In R. Ralph & P. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness – Broadening our understanding of wellness* (pp. 147-170). Washington D.C., American Psychological Association.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. (2005c). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds), *Recovery from Severe Mental Illness: Research Evidence and Implications for Practice* (pp. 412-450). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioural health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (1), 23-32.
- Davidson, L., Tondora, J., Staeheli, M., O'Connell, M., Frey, J., & Chinman, M., (in press). Recovery guides: An emerging model of community-based care for adults with psychiatric disabilities. In A. Lightburn & P. Sessions (Eds). *Community Based Clinical Practice*. London: Oxford University Press.
- Deegan, P. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
- Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labelled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Services*, 31 (4), 7-11.
- Deegan, P. (1997). The helping culture. In L. Spaniol, C. Gagne, & M. Keohler (Eds), *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability* (pp. 348-357). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Deegan, P. (1999). Recovery, uma viagem do coração. In J. Ornelas (Coord.), *Actas da Conferência Internacional – Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental* (pp.63-81). Lisboa: AEIPS Edições.
- DeJong, G. (1979). Independent living: From social movement to analytic paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 435-446.
- DeMasi, M., Markowitz, F., Videka-Sherman, L., Sofka, E., & Carpinello, S. (1996). Specifying dimensions of recovery. *Proceedings: 6th Annual National Conference on State Mental Health Agency Services Research and Program Evaluation*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute.

- DeSisto, M., Harding, C., McCormick, R., Ashikaga, T., & Brooks, G. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness I: Matched comparison of cross-sectional outcome. *British Journal of Psychiatry*, 167, 331-338.
- DeSisto, M., Harding, C., McCormick, R., Ashikaga, T., & Brooks, G. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness II: Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry*, 167, 338-341.
- Dornan, D., Felton, C., & Carpinello, S. (2000). *Mental health recovery from the perspective of consumer/survivors*. Boston: American Public Health Association.
- Dumont, J., Ridgway, P., Onken, S., Dornan, D., & Ralph, R. (2005). *Mental health recovery: What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. Phase II Technical Report: Development of the recovery oriented system indicators measures to advance mental health system transformation*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Dunn, E., Wewiorski, N., & Rogers, S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (1), 59-62.
- Estroff, S. (1981). *Making it Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press.
- Estroff, S. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189-196.
- Estroff, S. (1995). Whose story is it anyway? Authority, voice and responsibility in narratives of chronic illness. In S. Toombs, D. Barnard (Eds). *Chronic Illness: From Experience to Policy* (pp. 77-102). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Everett, B., & Nelson, A. (1992). We're not cases and you're not managers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15 (4), 49-60.
- Expert Group on Mental Health Policy (2006). *A Vision for Change: Report of the Expert Group on Mental Health Policy*. Dublin: The Stationery Office.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz & T. Duarte (Coord.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp.19-43). Lisboa: AEIPS Edições.

- Fawcett, S., Paine-Andrews, A., Francisco, V., Schultz, J., Richter, K., Lewis, R., Williams, E., Harris, K., Berkley, J., Fisher, J. & Lopez, C. (1995). Using empowering theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 677-697.
- Fetterman, D. (2000). *Foundations of Empowerment Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Fisher, D. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 913-915.
- Fisher, D. (1998). *Recovery: The behavioural healthcare guideline of tomorrow*. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 32 (7), 36-38.
- Fisher, D. (2006). *A New Vision of Recovery: People can fully recover from mental illness*. Consultado em 10/01/2006 em <http://www.power2u.org>.
- Fisher, D., & Deegan, P. (1998). *Final Report on Recovery Project*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services.
- Graffama, J., Smith, K, Shinkfield, A, & Polzin, U, (2002). Factors that influence employers' decisions in hiring and retaining an employee with a disability. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 17(3).
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção: O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Harding, C. (2005). Changes in schizophrenia across time: Paradoxes, patterns and predictors. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds). *Recovery from Severe Mental Illness: Research Evidence and Implications for Practice* (pp. 27-48). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.
- Harding, C., Brooks, G., Ashikaga, T., Strauss, J., & Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-726.
- Harding, C., Brooks, G., Ashikaga, T., Strauss, J., & Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Houghton, J. (1982). First person account: Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (3), 548-553.

- Huber, G., Gross, G., & Schuttler, R. (1975). A long-term follow-up study of schizophrenia: Psychiatric course and prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 52, 49-57.
- Hutchinson, D., Anthony, W., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E., Lyass, A., & Rogers, S. (2006). The personal impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (3), 205-213.
- Ida, D. (2007). Cultural competency and recovery within diverse populations. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (1), 49-53.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Ankar, M., Korten, A., & Cooper, J. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychological Medicine*, 20 (Suppl.), 1-97.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 248-256.
- Jacobson, N. (2004). *In Recovery: The Making of Mental Health Policy*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Jacobson, N. & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (4), 333-341.
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is *recovery*? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- Kelly, J., Ryan, A., Altman, B., & Stelzner, S. (2000). Understanding and changing social systems: An ecological view. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds), *Handbook of Community Psychology* 8pp. 133-159). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kloos, B. (2005). Creating new possibilities for promoting liberation, well-being and *recovery*: Learning from experiences of psychiatric consumers/survivors. In G. Nelson & I. Prilleltensky (Eds), *Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-Being* (pp.426-447). New York: Palgrave Macmillan.
- Kloos, B., Zimmerman, S., Scrimenti, K., & Crusto, C. (2002). Landlords as partners for promoting success in supported housing: "It takes more than a lease and a key". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (3), 235-244.
- Knight, E. (1993). Self-directed rehabilitation. *Empowerment: A Newsletter of the Mental Health Empowerment Project*, Special Edition.
- Kraepelin, E. (2005 [1909]). *A Demência Precoce: Parafrenias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lally, S. (1989). Does being in here mean there is something wrong with me? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 254-265.

- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 197-200.
- Lin, K., & Kleinman, A. (1988). Psychopathology and clinical course of schizophrenia: A cross-culture perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 555-567.
- Linhorst, D. (2006). *Empowering People with Severe Mental Illness: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.
- Lord, J., & Pedlar, A. (1991). Life in the community: Four years after the closure of an institution. *Mental Retardation*, 29 (4), 213-21.
- Lovejoy, M. (1982). Expectations and the recovery process. *Schizophrenia Bulletin*, 9 (4), 604-609.
- Loveland, D., Randall, K., & Corrigan, P. (2005). Research methods for exploring and assessing recovery. In R. Ralph & P. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness – Broadening our understanding of wellness* (pp. 19-59). Washington D.C., American Psychological Association.
- Marneros, A., Deister, A., Rohde, A., Steinmeyer, E. M., & Junemann, H. (1989). Long-term outcome of schizoaffective and schizophrenic disorders, a comparative study, I: Definitions, methods, psychopathological and social outcome. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 118-125.
- Massey, O., & Wu, L. (1993). Important characteristics of independent housing for people with mental illness: Perspectives of case managers and consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 17, 81-92.
- McGlashan, T.H. (1984). The Chestnut Lodge follow-up study, II. Long-term outcomes of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41, 586-601.
- Mead, S., & Copeland, M.H. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Health Journal*, 36 (3), 315-328.
- Mental Health Commission (1998). *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be*. Wellington: Mental Health Commission.
- Mental Health Commission (2001). *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission.
- Monteiro, F. & Matias, J (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, XXV (1), 111-125.

- Mowbray, C., Moxley, D., Jasper, C. & Howell, L (1997). *Consumers as Providers in Psychiatric Rehabilitation*. Columbia, MD: International Association for Psychosocial Rehabilitation Services.
- Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J. (2001). *Shifting the Paradigm in Community Mental Health: Towards Empowerment and Community*. Toronto: University of Toronto Press.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality and control over professional *support* as contributors to the subjective quality of life and adaptation to community living of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and mental Health Services Research*, 34 (2), 89-100.
- O'Connell, M, Tondora, J., Croog, G., Evans, A, & Davidson, L. (2005). Recovery Self Assessment. In T. Campbell-Orde, J. Chamberlin, J. Carpenter, e H. Leff. *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures*. Cambridge: Evaluation Center – Human Services Research Institute.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing the perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), 378-386
- Ogawa, K., Miya, M., Watarai, A., Nakazawa, M., Yuasa, S., & Utena, H. (1987). A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan with special reference to the course of social adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 151, 758-765.
- Onken, S., Craig, C., Ridgway, P., Ralph, R., & Cook, J. (2007). An analysis of the definitions and elements of *recovery*: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (1), 9-22
- Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D, & Ralph, R. (2002). *Mental health recovery? What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. Alexandria, V.A: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Ornelas, J. (2005). O modelo comunitário de intervenção em saúde mental na era pós hospitalar. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coord.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp.19-43). Lisboa: AEIPS Edições.
- Ornelas, J. (2007). Psicologia Comunitária. Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, XXV (1), 5-11.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Albuquerque, M. (2003). Empowerment e reabilitação de pessoas com doença mental. In M. Verdugo Alonso, & F. Urriés Vega (Eds), *Investigación, Innovación y Cambio: Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Parkinson, S., Nelson, G., & Horgan, S. (1999). From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for consumer/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18 (1), 145-164.
- Petersen, C., Jonikas, J., Cook, J., & Priester, F. (2003). *Raising Issues with Your Service Provider*. Chicago: National Research and Training Center on Psychiatric Disability.
- Pettigrew, T., & Tropp, L., (2000). Does intergroup contact reduce prejudice: Recent meta-analytic findings. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 93-114). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pomeroy, E., & Pape, B. (1999). *The School Book: Building Accommodation in Postsecondary Settings for Persons with Mental Illness*. Toronto: Canadian Mental Health Association.
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Rockville, MD: President's New Freedom Commission on Mental Health.
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1113.
- Ralph, R. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4 (3), 480-517.
- Ralph, R. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focus on the recovery model. In R. Ralph & P. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness – Broadening our understanding of wellness* (pp. 131-146). Washington D.C., American Psychological Association.
- Ralph, R., Kidder, K., & Phillips, D. (2000). *Can We Measure Recovery: A Compendium of Recovery and Recovery-Related Instruments*. Cambridge: Evaluation Center – Human Services Research Institute.
- Ralph, R., Lambric, T., & Steele, R. (1996). Recovery issues in a consumer developed evaluation of the mental health system. *Proceedings: Fifth Annual National Conference on Mental Health Services Research and Evaluation*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute.
- Randall, K., & Salem, D. (2005). Mutual-help groups and recovery: The influence of settings on participants' experience of recovery. In R. Ralph & P. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental*

- Illness – Broadening our understanding of wellness* (pp. 173-205). Washington D.C., American Psychological Association.
- Rapp, C. (1998). *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- Rapp, C., McDiarmind, D., Marty, D., Ratzlaff, S., Collins, A., & Fukui, S. (2008). A two-year longitudinal study of the Kansas consumers as providers training program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (1), 40-46.
- Rapping, E. (1996). *The Culture of Recovery: Making Sense of the Self-Help Movement in Women's Lives*. Boston: Beacon Press.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rappaport, J. (1990). Defining excellence criteria in community research. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok, e L. Jason (Eds), *Researching Community Psychology: Issues of Theory and Methods* (pp. 51-63). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rappaport, J. (1995). Empowerment meets narrative: Listening to Stories and creating settings. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 795-807.
- Repper, J.; & Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. London: Baillière Tindall.
- Revell, G., Inge, K., Mank, D., & Wehman, P.(1999). *The Impact of Supported Employment for People With Significant Disabilities: Preliminary Findings From The National Supported Employment Consortium*. Virginia Commonwealth University, Richmond.
- Revell, G., Kregel, J., Wehman, P., & Bond, G. (2000). Cost Effectiveness of Supported Employment Programs: what we need to do to improve outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 14, 173-178.
- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (4), 335-343.
- Ridgway, P. (2007). *Supported Housing: Theory and Research*. Comunicação apresentada na conferência Habitação Apoiada. Lisboa.
- Ridgway, P., McDiarmind, D., Davidson, L., Bayes, J., & Ratzlaff, S. (2002). *Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare.

- Ridgway, P. & Press, A. (2004). *Assessing the Recovery Commitment of Your Mental Health Service: A User's Guide to the Development of Recovery Enhancing Environments Measure*. Wolverhampton: University of Wolverhampton, School of Health.
- Roberts, G. & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37-49.
- Rogers, E., Chamberlin, J., Ellison, M., & Creant, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48 (8), 1042-1047.
- Rogers, J. (1995). Work is a key to recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18 (4), 5-10.
- Roschke, R. (2000). *History, Principles and Historical Themes of the Consumer/Survivor Movement*. Madison: Bureau of Community Mental Health.
- Rose, D. (2001). *Users' Voice*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Rowe, M. (1999). *Crossing the Border: Encounters Between Homeless People and Outreach Workers*. Berkeley: University of California Press.
- Saleebey, D. (1997). *The Ecology Perspective in Social Work Practice*. New York: Addison-Wesley Longman.
- Sartorius, N., Gulbinat, W., Harrison, G., Laska, E., & Siegel, C. (1996). Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries: A description of the international study of schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31, 249-258.
- Sayce, L. (2000). *From Psychiatric Patient to Citizen. Overcoming Discrimination and Social Exclusion*. London: Macmillan.
- Seidman, E., & Rappaport, J. (1986). *Redefining Social Problems*. New York: Plenum Press.
- Spaniol, L., Zipple, A., & Lockwood, D. (2005). The role of the family in psychiatric rehabilitation. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds), *Recovery from Severe Mental Illness: Research Evidence and Implications for Practice*, vol. 2 (pp. 311-322). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.
- Stein, L., & Test, M. (1985). *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience. New Directions for Mental Health Services*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, J. (2005). What is the reality about severe mental disorder? In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds). *Recovery from Severe Mental Illness: Research Evidence and Implications for Practice* (pp.49-56). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.

- Strauss, J., & Harding, C. (1984). How serious is schizophrenia? Comments about prognosis. *Advances in Biological Psychiatry*, 19, 1597-1600.
- Stringer, E. (1999). *Action Research: Second Edition*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Stroul, B. (1986). *Models of Community Support Services: Approaches to helping Persons with Long-Term Mental Illness*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.
- Sullivan, W. (1994). A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness. *Innovations in Research*, 3 (3), 19-27.
- Trainor, J., Pomeroy, E. & Pape, B. (2004). *A Framework for Support*. Toronto: Canadian Mental Health Association / National Office.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94 (4), 651-656.
- Tsuang, M. T., & Winokur, G. (1975). The Iowa 500: Field work in a 35-year follow-up of depression, mania, and schizophrenia. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 359-365.
- Turner, J., & TenHoor, W. (1978). The NIMH community support program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4 (3), 319-349.
- Unger, K. (1998). *Handbook on Supported Education: Services for Students with Psychiatric Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Unger, K., Anthony, W., Sciarappa, K., & Rogers, E. (1991). Development and evaluation of a supported education program for young adults with long-term mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(8), 838-842.
- Unger, K., & Pardee, R. (2002). Outcome measures across program sites for post secondary supported education programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (1), 299-303.
- Unger, K., Pardee, R., & Shafer, M. (2000). Outcomes of postsecondary supported education programs for people with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 14, 195-199.
- Unzicker, R. (1989). On my own: A personal journey through madness and re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (1), 71-77.

- Walsh, D. (1996). A journey towards recovery: From the inside out. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 85-90.
- Warner, R. (1994). *Recovery from Schizophrenia: Psychiatric and Political Economy*. London: Routledge.
- Watson, A., & Corrigan, P. (2005). Challenging public stigma: A target approach. In P. Corrigan (Ed), *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change* (pp.281-295). Washington D.C., American Psychological Association.
- World Health Organization (1973). *The International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1979). *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. New York: Wiley.
- Young, S., & Ensing, D. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (3), 219-231.

ANEXOS

ESCALA RECOVERY

FREQUÊNCIAS ESCALA

Todos os grupos

Membros

Famílias

Técnicos/as

FREQUÊNCIAS ITENS

Todos os grupos

Membros

Famílias

Técnicos/as

ESCALA RECOVERY

ESCALA DE RECOVERY

O *recovery* é definido pelas pessoas com experiência de doença mental como um processo de mudança e fortalecimento pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade e de reconquista da participação social e do controlo sobre as suas vidas (Deegan, 1988; Leete, 1988; Mead & Copeland, 2000; Chamberlin, 2006; Fisher, 2006). A incorporação duma visão de *recovery* nos serviços de suporte comunitários implica que os seus objectivos e práticas procurem maximizar as oportunidades de *recovery*, de participação e integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental.

O objectivo deste estudo é contribuir para a melhoria dos serviços de suporte da associação na promoção do *recovery* das pessoas com experiência de doença mental. Este questionário pretende avaliar em que medida os suportes disponibilizados pela associação estão orientados para o *recovery*, a partir das perspectivas dos seus membros (pessoas com experiência de doença mental que participam nos serviços da AEIPS), familiares e profissionais.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e as suas respostas são confidenciais.

Sexo:

___ Homem

___ Mulher

Se familiar de um membro indique o grau parentesco:

___ Mãe

___ Pai

___ Irmão/ã

___ Outro. Qual? _____

Há quanto tempo tem contacto com a Associação?

___ menos de um ano

___ entre 1 e 5 anos

___ entre 6 e 10 anos

___ mais de 10 anos

Na sua opinião, indique se as seguintes afirmações reflectem as actividades, valores e práticas da associação. A escala de respostas varia entre 1 - discordo totalmente (se achar que afirmação é inteiramente contrária à prática da associação) e 5 - concordo totalmente (se achar que a afirmação traduz exactamente aquilo que é uma prática corrente na associação. Pode ainda comentar ou dar exemplos que ilustrem a sua resposta no espaço de observações/exemplos. Este campo é de preenchimento facultativo.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente				Concordo Totalmente

Observações/Exemplos

	1	2	3	4	5			
1	Os técnicos da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade					N/S		
2	A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros	1	2	3	4	5	N/A	N/S
3	Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais	1	2	3	4	5	N/A	N/S
4	A associação proporciona informação/formação aos empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental	1	2	3	4	5	N/A	N/S
5	Os técnicos fazem todos os esforços para envolver as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos, membros da família) e outras fontes de apoio natural (igreja, vizinhos, senhorios) no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência	1	2	3	4	5	N/A	N/S

6	Os membros podem escolher e mudar, se desejar, de técnico de suporte individual que trabalha com eles	1	2	3	4	5	N/A	N/S	
7	A maioria dos serviços de suporte são proporcionados no ambiente natural dos membros (ex: casa, comunidade, local de trabalho)	1	2	3	4	5	N/A	N/S	
8	Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual	1	2	3	4	5	N/A	N/S	
9	Os técnicos da associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural (conhecimento aprofundado de outras culturas e saber lidar com a diversidade cultural)	1	2	3	4	5	N/A	N/S	
10	Os técnicos da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros	1	2	3	4	5	N/A	N/S	
11	Os técnicos da associação ajudam os membros a monitorizar (acompanhar regularmente) os progressos que fazem em direcção aos seus objectivos pessoais	1	2	3	4	5	N/A	N/S	
12	Esta associação proporciona, para a comunidade, actividades de informação/formação sobre a doença mental	1	2	3	4	5	N/A	N/S	
13	Os técnicos desta associação não utilizam ameaças, subornos ou outras formas de coação para influenciar o comportamento e as escolhas dos membros	1	2	3	4	5	N/A	N/S	

14	Os técnicos da associação encorajam os membros a arriscar e a experimentar coisas novas	1	2	3	4	5	N/A	N/S
15	Os membros estão/podem estar envolvidos na facilitação (realização e dinamização) da formação dos técnicos e noutros programas de formação desta associação	1	2	3	4	5	N/A	N/S
16	Os técnicos da associação têm conhecimento de grupos de interesse específico e actividades na comunidade	1	2	3	4	5	N/A	N/S
17	Encontros, reuniões e outras actividades podem ser agendadas para o fim do dia ou fins-de-semana de modo a não coincidirem com outras actividades orientadas para o <i>recovery</i> , como o emprego ou a escola	1	2	3	4	5	N/A	N/S
18	Esta associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de <i>recovery</i> que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos ou programas de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica de pessoas com experiência de doença mental	1	2	3	4	5	N/A	N/S
19	Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (ex: individual, grupo, apoio de pares, etc)	1	2	3	4	5	N/A	N/S
20	A concretização dos objectivos dos membros é formalmente reconhecida e celebrada pela associação	1	2	3	4	5	N/A	N/S
21	Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos técnicos desta associação	1	2	3	4	5	N/A	N/S

22	Os técnicos utilizam uma linguagem de <i>recovery</i> (ex: esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias	1	2	3	4	5	N/A	N/S
23	Os técnicos têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares.	1	2	3	4	5	N/A	N/S
24	Se a associação não tiver os recursos que permitem dar resposta às necessidades dos membros, ajudam a encontrar alternativas noutros programas e serviços	1	2	3	4	5	N/A	N/S
25	Os técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas	1	2	3	4	5	N/A	N/S
26	Os técnicos da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses	1	2	3	4	5	N/A	N/S
27	Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão desta associação	1	2	3	4	5	N/A	N/S
28	Nesta associação, os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades	1	2	3	4	5	N/A	N/S
29	Os técnicos apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego	1	2	3	4	5	N/A	N/S

30	Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os técnicos da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços	1	2	3	4	5	N/A	N/S
31	Os técnicos da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (ex: voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)	1	2	3	4	5	N/A	N/S
32	Esta associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os técnicos e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre <i>recovery</i>	1	2	3	4	5	N/A	N/S
33	A função dos técnicos desta associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos	1	2	3	4	5	N/A	N/S
34	Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação	1	2	3	4	5	N/A	N/S
35	O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma área importante dos serviços	1	2	3	4	5	N/A	N/S
36	Os técnicos desta associação acreditam que as pessoas podem atingir o <i>recovery</i> e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte	1	2	3	4	5	N/A	N/S

Questões Finais:

Da sua experiência na Associação, refira um ou dois aspectos que considera terem contribuído mais para o processo de *recovery* dos seus membros.

Gostaria de deixar alguma sugestão ou comentário sobre o que a associação poderia fazer para apoiar melhor os membros no seu processo de *recovery*?

Muito obrigada pelo seu tempo e colaboração

FREQUÊNCIAS ESCALA
Todos os grupos

FREQUENCIES

VARIABLES=msub1 msub2 msub3 msub4 msub5 mescala
 /NTILES= 4
 /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN SKEWNESS SESKEW KURTOSIS
 SEKURT
 /ORDER= ANALYSIS .

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Teresa\Os meus documentos\Mestrado\Tese\BaseDados\RecTese.sav

Statistics

		Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha
N	Valid	167	165	181	186
	Missing	34	36	20	15
Mean		4,2308	4,0153	4,1290	4,1360
Median		4,4000	4,1250	4,2000	4,2917
Std. Deviation		,66892	,73595	,72225	,72467
Skewness		-1,259	-,747	-,805	-1,103
Std. Error of Skewness		,188	,189	,181	,178
Kurtosis		1,866	,393	,408	,946
Std. Error of Kurtosis		,374	,376	,359	,355
Minimum		1,73	1,50	1,67	1,83
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00
Percentiles	25	3,9091	3,5714	3,6667	3,8333
	50	4,4000	4,1250	4,2000	4,2917
	75	4,7273	4,6250	4,7500	4,6667

Statistics

		Serviços Individualizados	Escala Recovery
N	Valid	176	191
	Missing	25	10
Mean		4,0116	4,1373
Median		4,0000	4,2381
Std. Deviation		,70014	,60477
Skewness		-,630	-,979
Std. Error of Skewness		,183	,176
Kurtosis		,106	1,146
Std. Error of Kurtosis		,364	,350
Minimum		2,00	1,97
Maximum		5,00	5,00
Percentiles	25	3,6000	3,8286
	50	4,0000	4,2381
	75	4,6000	4,6000

Frequency Table

Objetivos de Vida

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,73	1	,5	,6	,6
1,82	1	,5	,6	1,2
1,89	1	,5	,6	1,8
2,64	1	,5	,6	2,4
2,73	3	1,5	1,8	4,2
2,90	1	,5	,6	4,8
3,00	4	2,0	2,4	7,2
3,09	1	,5	,6	7,8
3,18	2	1,0	1,2	9,0
3,27	2	1,0	1,2	10,2
3,45	3	1,5	1,8	12,0
3,50	1	,5	,6	12,6
3,55	5	2,5	3,0	15,6
3,60	1	,5	,6	16,2
3,64	4	2,0	2,4	18,6
3,70	2	1,0	1,2	19,8
3,73	1	,5	,6	20,4
3,78	1	,5	,6	21,0
3,82	4	2,0	2,4	23,4
3,90	2	1,0	1,2	24,6
3,91	3	1,5	1,8	26,3
4,00	11	5,5	6,6	32,9
4,09	4	2,0	2,4	35,3
4,10	1	,5	,6	35,9
4,11	1	,5	,6	36,5
4,18	2	1,0	1,2	37,7
4,20	2	1,0	1,2	38,9
4,22	2	1,0	1,2	40,1
4,27	13	6,5	7,8	47,9
4,36	3	1,5	1,8	49,7
4,40	2	1,0	1,2	50,9
4,45	11	5,5	6,6	57,5
4,50	5	2,5	3,0	60,5
4,55	4	2,0	2,4	62,9
4,56	3	1,5	1,8	64,7
4,60	3	1,5	1,8	66,5
4,64	11	5,5	6,6	73,1
4,67	2	1,0	1,2	74,3
4,73	4	2,0	2,4	76,6
4,78	3	1,5	1,8	78,4
4,80	3	1,5	1,8	80,2
4,82	4	2,0	2,4	82,6
4,89	1	,5	,6	83,2
4,90	2	1,0	1,2	84,4
4,91	4	2,0	2,4	86,8
5,00	22	10,9	13,2	100,0
Total	167	83,1	100,0	
Missing System	34	16,9		
Total	201	100,0		

Participação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,50	1	,5	,6	,6
	1,75	1	,5	,6	1,2
	2,14	1	,5	,6	1,8
	2,33	1	,5	,6	2,4
	2,38	1	,5	,6	3,0
	2,50	2	1,0	1,2	4,2
	2,63	3	1,5	1,8	6,1
	2,75	3	1,5	1,8	7,9
	3,00	5	2,5	3,0	10,9
	3,13	3	1,5	1,8	12,7
	3,25	4	2,0	2,4	15,2
	3,29	2	1,0	1,2	16,4
	3,33	1	,5	,6	17,0
	3,38	3	1,5	1,8	18,8
	3,43	3	1,5	1,8	20,6
	3,50	5	2,5	3,0	23,6
	3,57	3	1,5	1,8	25,5
	3,63	7	3,5	4,2	29,7
	3,67	1	,5	,6	30,3
	3,71	1	,5	,6	30,9
	3,75	7	3,5	4,2	35,2
	3,83	2	1,0	1,2	36,4
	3,86	2	1,0	1,2	37,6
	3,88	6	3,0	3,6	41,2
	4,00	13	6,5	7,9	49,1
	4,13	4	2,0	2,4	51,5
	4,14	3	1,5	1,8	53,3
	4,17	1	,5	,6	53,9
	4,25	11	5,5	6,7	60,6
	4,29	4	2,0	2,4	63,0
	4,33	1	,5	,6	63,6
	4,38	5	2,5	3,0	66,7
	4,43	1	,5	,6	67,3
	4,50	11	5,5	6,7	73,9
	4,63	7	3,5	4,2	78,2
	4,67	2	1,0	1,2	79,4
	4,71	2	1,0	1,2	80,6
	4,75	6	3,0	3,6	84,2
	4,83	2	1,0	1,2	85,5
	4,86	3	1,5	1,8	87,3
	4,88	2	1,0	1,2	88,5
	5,00	19	9,5	11,5	100,0
	Total	165	82,1	100,0	
Missing	System	36	17,9		
Total		201	100,0		

Diversidade Suporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,67	1	,5	,6	,6
	1,80	1	,5	,6	1,1
	2,00	1	,5	,6	1,7
	2,33	1	,5	,6	2,2
	2,50	1	,5	,6	2,8
	2,60	1	,5	,6	3,3
	2,67	1	,5	,6	3,9
	2,83	2	1,0	1,1	5,0
	3,00	4	2,0	2,2	7,2
	3,17	7	3,5	3,9	11,0
	3,20	4	2,0	2,2	13,3
	3,25	2	1,0	1,1	14,4
	3,33	7	3,5	3,9	18,2
	3,40	4	2,0	2,2	20,4
	3,50	3	1,5	1,7	22,1
	3,60	1	,5	,6	22,7
	3,67	7	3,5	3,9	26,5
	3,75	1	,5	,6	27,1
	3,80	2	1,0	1,1	28,2
	3,83	8	4,0	4,4	32,6
	4,00	21	10,4	11,6	44,2
	4,17	6	3,0	3,3	47,5
	4,20	5	2,5	2,8	50,3
	4,25	4	2,0	2,2	52,5
	4,33	14	7,0	7,7	60,2
	4,40	1	,5	,6	60,8
	4,50	10	5,0	5,5	66,3
	4,60	4	2,0	2,2	68,5
	4,67	11	5,5	6,1	74,6
	4,75	2	1,0	1,1	75,7
	4,80	6	3,0	3,3	79,0
	4,83	7	3,5	3,9	82,9
	5,00	31	15,4	17,1	100,0
	Total	181	90,0	100,0	
Missing	System	20	10,0		
Total		201	100,0		

Escolha

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,83	1	,5	,5	,5
	2,00	2	1,0	1,1	1,6
	2,17	1	,5	,5	2,2
	2,25	2	1,0	1,1	3,2
	2,33	3	1,5	1,6	4,8
	2,50	1	,5	,5	5,4
	2,60	1	,5	,5	5,9
	2,83	2	1,0	1,1	7,0
	3,00	7	3,5	3,8	10,8
	3,17	4	2,0	2,2	12,9
	3,25	1	,5	,5	13,4
	3,33	3	1,5	1,6	15,1
	3,50	3	1,5	1,6	16,7
	3,67	7	3,5	3,8	20,4
	3,75	3	1,5	1,6	22,0
	3,80	4	2,0	2,2	24,2
	3,83	11	5,5	5,9	30,1
	4,00	15	7,5	8,1	38,2
	4,17	11	5,5	5,9	44,1
	4,20	4	2,0	2,2	46,2
	4,25	7	3,5	3,8	50,0
	4,33	13	6,5	7,0	57,0
	4,40	8	4,0	4,3	61,3
	4,50	19	9,5	10,2	71,5
	4,60	2	1,0	1,1	72,6
	4,67	11	5,5	5,9	78,5
	4,75	3	1,5	1,6	80,1
	4,80	6	3,0	3,2	83,3
	4,83	4	2,0	2,2	85,5
	5,00	27	13,4	14,5	100,0
	Total	186	92,5	100,0	
Missing	System	15	7,5		
Total		201	100,0		

Serviços Individualizados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	2	1,0	1,1	1,1
	2,20	2	1,0	1,1	2,3
	2,25	1	,5	,6	2,8
	2,40	1	,5	,6	3,4
	2,50	1	,5	,6	4,0
	2,60	2	1,0	1,1	5,1
	2,80	4	2,0	2,3	7,4
	3,00	5	2,5	2,8	10,2
	3,20	5	2,5	2,8	13,1
	3,25	1	,5	,6	13,6
	3,40	14	7,0	8,0	21,6
	3,50	2	1,0	1,1	22,7
	3,60	11	5,5	6,3	29,0
	3,75	6	3,0	3,4	32,4
	3,80	12	6,0	6,8	39,2
	4,00	25	12,4	14,2	53,4
	4,20	15	7,5	8,5	61,9
	4,25	4	2,0	2,3	64,2
	4,40	10	5,0	5,7	69,9
	4,50	7	3,5	4,0	73,9
	4,60	11	5,5	6,3	80,1
	4,75	7	3,5	4,0	84,1
	4,80	9	4,5	5,1	89,2
	5,00	19	9,5	10,8	100,0
	Total	176	87,6	100,0	
Missing	System	25	12,4		
Total		201	100,0		

Escala Recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,97	1	,5	,5	,5
	2,21	1	,5	,5	1,0
	2,28	1	,5	,5	1,6
	2,36	1	,5	,5	2,1
	2,58	1	,5	,5	2,6
	2,63	1	,5	,5	3,1
	2,83	1	,5	,5	3,7
	2,86	1	,5	,5	4,2
	2,90	1	,5	,5	4,7
	2,97	1	,5	,5	5,2
	3,04	1	,5	,5	5,8
	3,06	4	2,0	2,1	7,9
	3,14	1	,5	,5	8,4
	3,20	1	,5	,5	8,9
	3,31	1	,5	,5	9,4
	3,32	1	,5	,5	9,9
	3,36	1	,5	,5	10,5
	3,41	1	,5	,5	11,0
	3,42	1	,5	,5	11,5
	3,45	1	,5	,5	12,0

Escala Recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,50	1	,5	,5	12,6
	3,51	1	,5	,5	13,1
	3,54	1	,5	,5	13,6
	3,56	3	1,5	1,6	15,2
	3,58	1	,5	,5	15,7
	3,64	2	1,0	1,0	16,8
	3,67	1	,5	,5	17,3
	3,69	1	,5	,5	17,8
	3,69	3	1,5	1,6	19,4
	3,71	1	,5	,5	19,9
	3,74	1	,5	,5	20,4
	3,75	1	,5	,5	20,9
	3,76	1	,5	,5	21,5
	3,78	1	,5	,5	22,0
	3,79	1	,5	,5	22,5
	3,80	2	1,0	1,0	23,6
	3,81	1	,5	,5	24,1
	3,82	1	,5	,5	24,6
	3,83	1	,5	,5	25,1
	3,85	1	,5	,5	25,7
	3,86	1	,5	,5	26,2
	3,88	2	1,0	1,0	27,2
	3,89	1	,5	,5	27,7
	3,89	1	,5	,5	28,3
	3,91	2	1,0	1,0	29,3
	3,92	1	,5	,5	29,8
	3,92	1	,5	,5	30,4
	3,93	1	,5	,5	30,9
	3,94	2	1,0	1,0	31,9
	3,94	1	,5	,5	32,5
	3,96	1	,5	,5	33,0
	3,97	1	,5	,5	33,5
	3,97	1	,5	,5	34,0
	3,97	2	1,0	1,0	35,1
	4,00	2	1,0	1,0	36,1
	4,03	1	,5	,5	36,6
	4,04	1	,5	,5	37,2
	4,06	3	1,5	1,6	38,7
	4,06	1	,5	,5	39,3
	4,06	1	,5	,5	39,8
	4,06	1	,5	,5	40,3
	4,07	1	,5	,5	40,8
	4,07	1	,5	,5	41,4
	4,09	1	,5	,5	41,9
	4,09	1	,5	,5	42,4
	4,11	1	,5	,5	42,9
	4,11	2	1,0	1,0	44,0
	4,11	1	,5	,5	44,5
	4,13	1	,5	,5	45,0
	4,14	1	,5	,5	45,5
	4,14	1	,5	,5	46,1
	4,15	1	,5	,5	46,6

Escala Recovery

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4,15	1	,5	,5	47,1
4,17	1	,5	,5	47,6
4,18	1	,5	,5	48,2
4,20	1	,5	,5	48,7
4,21	1	,5	,5	49,2
4,22	1	,5	,5	49,7
4,24	1	,5	,5	50,3
4,24	3	1,5	1,6	51,8
4,25	2	1,0	1,0	52,9
4,27	2	1,0	1,0	53,9
4,29	2	1,0	1,0	55,0
4,30	1	,5	,5	55,5
4,31	1	,5	,5	56,0
4,31	1	,5	,5	56,5
4,31	1	,5	,5	57,1
4,31	2	1,0	1,0	58,1
4,32	1	,5	,5	58,6
4,33	1	,5	,5	59,2
4,34	1	,5	,5	59,7
4,35	1	,5	,5	60,2
4,36	1	,5	,5	60,7
4,37	1	,5	,5	61,3
4,38	2	1,0	1,0	62,3
4,39	1	,5	,5	62,8
4,40	1	,5	,5	63,4
4,41	1	,5	,5	63,9
4,42	3	1,5	1,6	65,4
4,42	1	,5	,5	66,0
4,43	1	,5	,5	66,5
4,44	2	1,0	1,0	67,5
4,45	1	,5	,5	68,1
4,45	2	1,0	1,0	69,1
4,46	1	,5	,5	69,6
4,48	1	,5	,5	70,2
4,51	1	,5	,5	70,7
4,52	2	1,0	1,0	71,7
4,53	1	,5	,5	72,3
4,53	2	1,0	1,0	73,3
4,55	1	,5	,5	73,8
4,56	1	,5	,5	74,3
4,58	1	,5	,5	74,9
4,60	1	,5	,5	75,4
4,61	2	1,0	1,0	76,4
4,61	2	1,0	1,0	77,5
4,62	1	,5	,5	78,0
4,63	2	1,0	1,0	79,1
4,64	1	,5	,5	79,6
4,64	1	,5	,5	80,1
4,65	1	,5	,5	80,6
4,66	2	1,0	1,0	81,7
4,67	3	1,5	1,6	83,2
4,68	1	,5	,5	83,8

Escala Recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,69	1	,5	,5	84,3
	4,71	1	,5	,5	84,8
	4,78	2	1,0	1,0	85,9
	4,81	2	1,0	1,0	86,9
	4,83	1	,5	,5	87,4
	4,85	1	,5	,5	88,0
	4,85	1	,5	,5	88,5
	4,86	1	,5	,5	89,0
	4,86	1	,5	,5	89,5
	4,87	1	,5	,5	90,1
	4,88	2	1,0	1,0	91,1
	4,89	1	,5	,5	91,6
	4,89	1	,5	,5	92,1
	4,90	1	,5	,5	92,7
	4,91	1	,5	,5	93,2
	4,94	1	,5	,5	93,7
	4,97	1	,5	,5	94,2
	4,97	1	,5	,5	94,8
	4,97	2	1,0	1,0	95,8
	4,97	1	,5	,5	96,3
	5,00	7	3,5	3,7	100,0
	Total	191	95,0	100,0	
Missing	System	10	5,0		
Total		201	100,0		

FREQUÊNCIAS ESCALA
Membros

FREQUENCIES

```
VARIABLES=m.sub1 m.sub2 m.sub3 m.sub4 m.sub5 mescala
/NTILES= 4
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN SKEWNESS SESKEW KURTOSIS
SEKURT
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Teresa\Os meus documentos\Mestrado\Tese\BaseDados\RecTese.sav

Statistics

		Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha
N	Valid	83	83	86	86
	Missing	7	7	4	4
Mean		4,0499	3,7423	3,8293	3,8853
Median		4,2727	3,7500	4,0000	4,0000
Std. Deviation		,72316	,77225	,78565	,78860
Skewness		-,991	-,400	-,445	-,749
Std. Error of Skewness		,264	,264	,260	,260
Kurtosis		,865	,125	-,029	-,165
Std. Error of Kurtosis		,523	,523	,514	,514
Minimum		1,73	1,50	1,67	1,83
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00
Percentiles	25	3,5455	3,2500	3,2000	3,3333
	50	4,2727	3,7500	4,0000	4,0000
	75	4,6000	4,2500	4,3333	4,5000

Statistics

		Serviços Individualizados	Escala Recovery
N	Valid	86	88
	Missing	4	2
Mean		3,9209	3,9201
Median		4,0000	4,0000
Std. Deviation		,70040	,62778
Skewness		-,258	-,762
Std. Error of Skewness		,260	,257
Kurtosis		-,567	,564
Std. Error of Kurtosis		,514	,508
Minimum		2,20	1,97
Maximum		5,00	5,00
Percentiles	25	3,4000	3,5460
	50	4,0000	4,0000
	75	4,4250	4,3591

Frequency Table

Objetivos de Vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,73	1	1,1	1,2	1,2
	1,82	1	1,1	1,2	2,4
	2,64	1	1,1	1,2	3,6
	2,73	2	2,2	2,4	6,0
	2,90	1	1,1	1,2	7,2
	3,00	4	4,4	4,8	12,0
	3,09	1	1,1	1,2	13,3
	3,18	2	2,2	2,4	15,7
	3,27	1	1,1	1,2	16,9
	3,45	3	3,3	3,6	20,5
	3,50	1	1,1	1,2	21,7
	3,55	4	4,4	4,8	26,5
	3,64	2	2,2	2,4	28,9
	3,82	1	1,1	1,2	30,1
	3,91	3	3,3	3,6	33,7
	4,00	8	8,9	9,6	43,4
	4,09	3	3,3	3,6	47,0
	4,11	1	1,1	1,2	48,2
	4,20	1	1,1	1,2	49,4
	4,27	7	7,8	8,4	57,8
	4,36	1	1,1	1,2	59,0
	4,40	1	1,1	1,2	60,2
	4,45	6	6,7	7,2	67,5
	4,50	1	1,1	1,2	68,7
	4,55	3	3,3	3,6	72,3
	4,56	2	2,2	2,4	74,7
	4,60	1	1,1	1,2	75,9
	4,64	8	8,9	9,6	85,5
	4,73	2	2,2	2,4	88,0
	4,82	1	1,1	1,2	89,2
	4,91	2	2,2	2,4	91,6
	5,00	7	7,8	8,4	100,0
	Total	83	92,2	100,0	
Missing	System	7	7,8		
Total		90	100,0		

Participação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,50	1	1,1	1,2	1,2
	1,75	1	1,1	1,2	2,4
	2,14	1	1,1	1,2	3,6
	2,38	1	1,1	1,2	4,8
	2,50	2	2,2	2,4	7,2
	2,63	1	1,1	1,2	8,4
	2,75	3	3,3	3,6	12,0
	3,00	5	5,6	6,0	18,1
	3,13	3	3,3	3,6	21,7
	3,25	3	3,3	3,6	25,3
	3,29	2	2,2	2,4	27,7
	3,33	1	1,1	1,2	28,9
	3,38	2	2,2	2,4	31,3
	3,43	1	1,1	1,2	32,5
	3,50	3	3,3	3,6	36,1
	3,57	2	2,2	2,4	38,6
	3,63	7	7,8	8,4	47,0
	3,67	1	1,1	1,2	48,2
	3,75	6	6,7	7,2	55,4
	3,88	3	3,3	3,6	59,0
	4,00	5	5,6	6,0	65,1
	4,13	3	3,3	3,6	68,7
	4,14	1	1,1	1,2	69,9
	4,25	6	6,7	7,2	77,1
	4,38	3	3,3	3,6	80,7
	4,50	3	3,3	3,6	84,3
	4,63	2	2,2	2,4	86,7
	4,71	2	2,2	2,4	89,2
	4,75	1	1,1	1,2	90,4
	4,88	1	1,1	1,2	91,6
	5,00	7	7,8	8,4	100,0
	Total	83	92,2	100,0	
Missing	System	7	7,8		
Total		90	100,0		

Diversidade Suporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,67	1	1,1	1,2	1,2
	1,80	1	1,1	1,2	2,3
	2,00	1	1,1	1,2	3,5
	2,33	1	1,1	1,2	4,7
	2,50	1	1,1	1,2	5,8
	2,60	1	1,1	1,2	7,0
	2,67	1	1,1	1,2	8,1
	2,83	2	2,2	2,3	10,5
	3,00	4	4,4	4,7	15,1
	3,17	5	5,6	5,8	20,9
	3,20	4	4,4	4,7	25,6
	3,33	4	4,4	4,7	30,2
	3,40	2	2,2	2,3	32,6
	3,50	2	2,2	2,3	34,9
	3,60	1	1,1	1,2	36,0
	3,67	5	5,6	5,8	41,9
	3,80	1	1,1	1,2	43,0
	3,83	5	5,6	5,8	48,8
	4,00	12	13,3	14,0	62,8
	4,17	4	4,4	4,7	67,4
	4,20	2	2,2	2,3	69,8
	4,33	8	8,9	9,3	79,1
	4,40	1	1,1	1,2	80,2
	4,60	1	1,1	1,2	81,4
	4,67	1	1,1	1,2	82,6
	4,75	1	1,1	1,2	83,7
	4,80	2	2,2	2,3	86,0
	4,83	2	2,2	2,3	88,4
	5,00	10	11,1	11,6	100,0
	Total	86	95,6	100,0	
Missing	System	4	4,4		
Total		90	100,0		

Escolha

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,83	1	1,1	1,2	1,2
	2,00	1	1,1	1,2	2,3
	2,17	1	1,1	1,2	3,5
	2,25	1	1,1	1,2	4,7
	2,33	3	3,3	3,5	8,1
	2,50	1	1,1	1,2	9,3
	2,83	2	2,2	2,3	11,6
	3,00	6	6,7	7,0	18,6
	3,17	4	4,4	4,7	23,3
	3,33	3	3,3	3,5	26,7
	3,50	2	2,2	2,3	29,1
	3,67	4	4,4	4,7	33,7
	3,80	1	1,1	1,2	34,9
	3,83	5	5,6	5,8	40,7
	4,00	11	12,2	12,8	53,5
	4,17	7	7,8	8,1	61,6
	4,25	1	1,1	1,2	62,8
	4,33	6	6,7	7,0	69,8
	4,40	1	1,1	1,2	70,9
	4,50	8	8,9	9,3	80,2
	4,60	2	2,2	2,3	82,6
	4,67	5	5,6	5,8	88,4
	4,80	3	3,3	3,5	91,9
	4,83	2	2,2	2,3	94,2
	5,00	5	5,6	5,8	100,0
	Total	86	95,6	100,0	
Missing	System	4	4,4		
Total		90	100,0		

Serviços Individualizados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,20	1	1,1	1,2	1,2
	2,40	1	1,1	1,2	2,3
	2,60	2	2,2	2,3	4,7
	2,80	4	4,4	4,7	9,3
	3,00	4	4,4	4,7	14,0
	3,20	4	4,4	4,7	18,6
	3,25	1	1,1	1,2	19,8
	3,40	7	7,8	8,1	27,9
	3,50	1	1,1	1,2	29,1
	3,60	5	5,6	5,8	34,9
	3,80	8	8,9	9,3	44,2
	4,00	14	15,6	16,3	60,5
	4,20	9	10,0	10,5	70,9
	4,25	2	2,2	2,3	73,3
	4,40	2	2,2	2,3	75,6
	4,50	1	1,1	1,2	76,7
	4,60	4	4,4	4,7	81,4
	4,75	3	3,3	3,5	84,9
	4,80	4	4,4	4,7	89,5
	5,00	9	10,0	10,5	100,0
	Total	86	95,6	100,0	
Missing	System	4	4,4		
Total		90	100,0		

Escala Recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,97	1	1,1	1,1	1,1
	2,28	1	1,1	1,1	2,3
	2,36	1	1,1	1,1	3,4
	2,58	1	1,1	1,1	4,5
	2,83	1	1,1	1,1	5,7
	2,86	1	1,1	1,1	6,8
	2,97	1	1,1	1,1	8,0
	3,06	4	4,4	4,5	12,5
	3,14	1	1,1	1,1	13,6
	3,20	1	1,1	1,1	14,8
	3,31	1	1,1	1,1	15,9
	3,32	1	1,1	1,1	17,0
	3,36	1	1,1	1,1	18,2
	3,41	1	1,1	1,1	19,3
	3,42	1	1,1	1,1	20,5
	3,45	1	1,1	1,1	21,6
	3,50	1	1,1	1,1	22,7
	3,51	1	1,1	1,1	23,9
	3,54	1	1,1	1,1	25,0
	3,56	1	1,1	1,1	26,1
	3,64	2	2,2	2,3	28,4
	3,69	3	3,3	3,4	31,8
	3,75	1	1,1	1,1	33,0
	3,78	1	1,1	1,1	34,1

Escala Recovery

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3,81	1	1,1	1,1	35,2
3,83	1	1,1	1,1	36,4
3,86	1	1,1	1,1	37,5
3,88	1	1,1	1,1	38,6
3,89	1	1,1	1,1	39,8
3,89	1	1,1	1,1	40,9
3,92	1	1,1	1,1	42,0
3,93	1	1,1	1,1	43,2
3,94	2	2,2	2,3	45,5
3,94	1	1,1	1,1	46,6
3,97	1	1,1	1,1	47,7
3,97	1	1,1	1,1	48,9
4,00	2	2,2	2,3	51,1
4,03	1	1,1	1,1	52,3
4,06	3	3,3	3,4	55,7
4,06	1	1,1	1,1	56,8
4,06	1	1,1	1,1	58,0
4,06	1	1,1	1,1	59,1
4,07	1	1,1	1,1	60,2
4,09	1	1,1	1,1	61,4
4,14	1	1,1	1,1	62,5
4,18	1	1,1	1,1	63,6
4,20	1	1,1	1,1	64,8
4,21	1	1,1	1,1	65,9
4,24	1	1,1	1,1	67,0
4,31	1	1,1	1,1	68,2
4,31	1	1,1	1,1	69,3
4,31	1	1,1	1,1	70,5
4,32	1	1,1	1,1	71,6
4,33	1	1,1	1,1	72,7
4,34	1	1,1	1,1	73,9
4,35	1	1,1	1,1	75,0
4,36	1	1,1	1,1	76,1
4,40	1	1,1	1,1	77,3
4,42	3	3,3	3,4	80,7
4,43	1	1,1	1,1	81,8
4,44	1	1,1	1,1	83,0
4,53	1	1,1	1,1	84,1
4,53	1	1,1	1,1	85,2
4,58	1	1,1	1,1	86,4
4,61	1	1,1	1,1	87,5
4,65	1	1,1	1,1	88,6
4,66	2	2,2	2,3	90,9
4,67	1	1,1	1,1	92,0
4,68	1	1,1	1,1	93,2
4,69	1	1,1	1,1	94,3
4,78	1	1,1	1,1	95,5
4,83	1	1,1	1,1	96,6
4,97	1	1,1	1,1	97,7
5,00	2	2,2	2,3	100,0
Total	88	97,8	100,0	

Escala Recovery

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Missing System	2	2,2		
Total	90	100,0		

FREQUÊNCIAS ESCALA
Famílias

FREQUENCIES

```
VARIABLES=msub1 msub2 msub3 msub4 msub5 mescala
/NTILES= 4
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN SKEWNESS SESKEW KURTOSIS
SEKURT
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Teresa\Os meus documentos\Mestrado\Tese\BaseDados\RecTese.sav

Statistics

		Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha
N	Valid	56	53	64	70
	Missing	24	27	16	10
Mean		4,4691	4,3510	4,4380	4,3519
Median		4,6515	4,4286	4,6000	4,4000
Std. Deviation		,60499	,60196	,57167	,66541
Skewness		-2,022	-1,138	-,855	-1,428
Std. Error of Skewness		,319	,327	,299	,287
Kurtosis		5,657	1,802	-,389	2,506
Std. Error of Kurtosis		,628	,644	,590	,566
Minimum		1,89	2,33	3,17	2,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00
Percentiles	25	4,2056	4,0000	4,0417	4,0000
	50	4,6515	4,4286	4,6000	4,4000
	75	4,9068	4,8571	5,0000	5,0000

Statistics

		Serviços Individualizados	Escala Recovery
N	Valid	61	73
	Missing	19	7
Mean		4,2115	4,3636
Median		4,4000	4,4545
Std. Deviation		,73123	,57023
Skewness		-1,395	-1,446
Std. Error of Skewness		,306	,281
Kurtosis		1,993	2,827
Std. Error of Kurtosis		,604	,555
Minimum		2,00	2,21
Maximum		5,00	5,00
Percentiles	25	3,9000	4,0799
	50	4,4000	4,4545
	75	4,7500	4,8596

Frequency Table

Objetivos de Vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,89	1	1,3	1,8	1,8
	2,73	1	1,3	1,8	3,6
	3,27	1	1,3	1,8	5,4
	3,60	1	1,3	1,8	7,1
	3,70	1	1,3	1,8	8,9
	3,82	1	1,3	1,8	10,7
	3,90	2	2,5	3,6	14,3
	4,00	2	2,5	3,6	17,9
	4,09	1	1,3	1,8	19,6
	4,10	1	1,3	1,8	21,4
	4,18	1	1,3	1,8	23,2
	4,20	1	1,3	1,8	25,0
	4,22	2	2,5	3,6	28,6
	4,27	3	3,8	5,4	33,9
	4,40	1	1,3	1,8	35,7
	4,45	3	3,8	5,4	41,1
	4,50	2	2,5	3,6	44,6
	4,60	2	2,5	3,6	48,2
	4,64	1	1,3	1,8	50,0
	4,67	2	2,5	3,6	53,6
	4,73	1	1,3	1,8	55,4
	4,78	3	3,8	5,4	60,7
	4,80	3	3,8	5,4	66,1
	4,82	2	2,5	3,6	69,6
	4,89	1	1,3	1,8	71,4
	4,90	2	2,5	3,6	75,0
	4,91	1	1,3	1,8	76,8
	5,00	13	16,3	23,2	100,0
	Total	56	70,0	100,0	
Missing	System	24	30,0		
Total		80	100,0		

Participação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,33	1	1,3	1,9	1,9
	2,63	1	1,3	1,9	3,8
	3,43	2	2,5	3,8	7,5
	3,57	1	1,3	1,9	9,4
	3,71	1	1,3	1,9	11,3
	3,83	2	2,5	3,8	15,1
	3,86	1	1,3	1,9	17,0
	3,88	1	1,3	1,9	18,9
	4,00	8	10,0	15,1	34,0
	4,14	2	2,5	3,8	37,7
	4,17	1	1,3	1,9	39,6
	4,29	3	3,8	5,7	45,3
	4,33	1	1,3	1,9	47,2
	4,38	1	1,3	1,9	49,1
	4,43	1	1,3	1,9	50,9
	4,50	4	5,0	7,5	58,5
	4,63	2	2,5	3,8	62,3
	4,67	1	1,3	1,9	64,2
	4,75	2	2,5	3,8	67,9
	4,83	2	2,5	3,8	71,7
	4,86	3	3,8	5,7	77,4
	5,00	12	15,0	22,6	100,0
	Total	53	66,3	100,0	
Missing	System	27	33,8		
Total		80	100,0		

Diversidade Suporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,17	2	2,5	3,1	3,1
	3,25	2	2,5	3,1	6,3
	3,33	1	1,3	1,6	7,8
	3,40	2	2,5	3,1	10,9
	3,50	1	1,3	1,6	12,5
	3,67	1	1,3	1,6	14,1
	3,75	1	1,3	1,6	15,6
	3,80	1	1,3	1,6	17,2
	3,83	1	1,3	1,6	18,8
	4,00	4	5,0	6,3	25,0
	4,17	1	1,3	1,6	26,6
	4,20	2	2,5	3,1	29,7
	4,25	4	5,0	6,3	35,9
	4,33	2	2,5	3,1	39,1
	4,50	5	6,3	7,8	46,9
	4,60	3	3,8	4,7	51,6
	4,67	5	6,3	7,8	59,4
	4,75	1	1,3	1,6	60,9
	4,80	3	3,8	4,7	65,6
	4,83	3	3,8	4,7	70,3
	5,00	19	23,8	29,7	100,0
	Total	64	80,0	100,0	
Missing	System	16	20,0		
Total		80	100,0		

Escolha

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	1	1,3	1,4	1,4
	2,25	1	1,3	1,4	2,9
	2,60	1	1,3	1,4	4,3
	3,00	1	1,3	1,4	5,7
	3,25	1	1,3	1,4	7,1
	3,50	1	1,3	1,4	8,6
	3,67	2	2,5	2,9	11,4
	3,75	3	3,8	4,3	15,7
	3,80	2	2,5	2,9	18,6
	3,83	3	3,8	4,3	22,9
	4,00	2	2,5	2,9	25,7
	4,17	1	1,3	1,4	27,1
	4,20	3	3,8	4,3	31,4
	4,25	6	7,5	8,6	40,0
	4,33	2	2,5	2,9	42,9
	4,40	6	7,5	8,6	51,4
	4,50	7	8,8	10,0	61,4
	4,75	3	3,8	4,3	65,7
	4,80	2	2,5	2,9	68,6
	4,83	2	2,5	2,9	71,4
	5,00	20	25,0	28,6	100,0
	Total	70	87,5	100,0	
Missing	System	10	12,5		
Total		80	100,0		

Serviços Individualizados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	2	2,5	3,3	3,3
	2,25	1	1,3	1,6	4,9
	2,50	1	1,3	1,6	6,6
	3,00	1	1,3	1,6	8,2
	3,40	3	3,8	4,9	13,1
	3,60	1	1,3	1,6	14,8
	3,75	5	6,3	8,2	23,0
	3,80	1	1,3	1,6	24,6
	4,00	8	10,0	13,1	37,7
	4,20	3	3,8	4,9	42,6
	4,25	2	2,5	3,3	45,9
	4,40	5	6,3	8,2	54,1
	4,50	5	6,3	8,2	62,3
	4,60	5	6,3	8,2	70,5
	4,75	4	5,0	6,6	77,0
	4,80	4	5,0	6,6	83,6
	5,00	10	12,5	16,4	100,0
	Total	61	76,3	100,0	
Missing	System	19	23,8		
Total		80	100,0		

Escala Recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,21	1	1,3	1,4	1,4
	2,63	1	1,3	1,4	2,7
	2,90	1	1,3	1,4	4,1
	3,04	1	1,3	1,4	5,5
	3,67	1	1,3	1,4	6,8
	3,69	1	1,3	1,4	8,2
	3,71	1	1,3	1,4	9,6
	3,76	1	1,3	1,4	11,0
	3,79	1	1,3	1,4	12,3
	3,80	1	1,3	1,4	13,7
	3,82	1	1,3	1,4	15,1
	3,85	1	1,3	1,4	16,4
	3,91	2	2,5	2,7	19,2
	3,92	1	1,3	1,4	20,5
	3,96	1	1,3	1,4	21,9
	4,04	1	1,3	1,4	23,3
	4,07	1	1,3	1,4	24,7
	4,09	1	1,3	1,4	26,0
	4,13	1	1,3	1,4	27,4
	4,14	1	1,3	1,4	28,8
	4,15	1	1,3	1,4	30,1
	4,15	1	1,3	1,4	31,5
	4,24	1	1,3	1,4	32,9
	4,24	2	2,5	2,7	35,6
	4,27	2	2,5	2,7	38,4
	4,29	1	1,3	1,4	39,7
	4,31	1	1,3	1,4	41,1
	4,38	2	2,5	2,7	43,8
	4,39	1	1,3	1,4	45,2
	4,42	1	1,3	1,4	46,6
	4,45	1	1,3	1,4	47,9
	4,45	2	2,5	2,7	50,7
	4,46	1	1,3	1,4	52,1
	4,48	1	1,3	1,4	53,4
	4,52	2	2,5	2,7	56,2
	4,55	1	1,3	1,4	57,5
	4,56	1	1,3	1,4	58,9
	4,61	2	2,5	2,7	61,6
	4,62	1	1,3	1,4	63,0
	4,63	2	2,5	2,7	65,8
	4,64	1	1,3	1,4	67,1
	4,67	2	2,5	2,7	69,9
	4,81	1	1,3	1,4	71,2
	4,85	1	1,3	1,4	72,6
	4,85	1	1,3	1,4	74,0
	4,86	1	1,3	1,4	75,3
	4,86	1	1,3	1,4	76,7
	4,87	1	1,3	1,4	78,1
	4,88	2	2,5	2,7	80,8
	4,89	1	1,3	1,4	82,2
	4,89	1	1,3	1,4	83,6
	4,90	1	1,3	1,4	84,9

Escala Recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,91	1	1,3	1,4	86,3
	4,94	1	1,3	1,4	87,7
	4,97	1	1,3	1,4	89,0
	4,97	1	1,3	1,4	90,4
	4,97	2	2,5	2,7	93,2
	5,00	5	6,3	6,8	100,0
	Total	73	91,3	100,0	
Missing	System	7	8,8		
Total		80	100,0		

FREQUÊNCIAS ESCALA

Técnicos/as

FREQUENCIES

VARIABLES=msub1 msub2 msub3 msub4 msub5 mescala

/NTILES= 4

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN SKEWNESS SESKEW KURTOSIS

SEKURT

/ORDER= ANALYSIS .

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Teresa\Os meus documentos\Mestrado\Tese\BaseDados\RecTese.sav

Statistics

		Objectivos de Vida	Participação	Diversidade Suporte	Escolha
N	Valid	28	29	31	30
	Missing	3	2	0	1
Mean		4,2902	4,1831	4,3226	4,3511
Median		4,3636	4,2500	4,3333	4,3333
Std. Deviation		,44173	,53804	,44133	,35630
Skewness		-,184	-1,120	-,579	-,143
Std. Error of Skewness		,441	,434	,421	,427
Kurtosis		-1,077	1,048	-,154	-,657
Std. Error of Kurtosis		,858	,845	,821	,833
Minimum		3,55	2,63	3,33	3,67
Maximum		5,00	4,88	5,00	5,00
Percentiles	25	3,8182	3,8661	4,0000	4,1250
	50	4,3636	4,2500	4,3333	4,3333
	75	4,6162	4,6250	4,6667	4,6667

Statistics

		Serviços Individualizados	Escala Recovery
N	Valid	29	30
	Missing	2	1
Mean		3,8603	4,2235
Median		3,8000	4,2500
Std. Deviation		,54106	,35619
Skewness		-,701	-,315
Std. Error of Skewness		,434	,427
Kurtosis		1,737	-,600
Std. Error of Kurtosis		,845	,833
Minimum		2,20	3,56
Maximum		4,80	4,81
Percentiles	25	3,5500	3,9722
	50	3,8000	4,2500
	75	4,3000	4,5190

Frequency Table

Objetivos de Vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,55	1	3,2	3,6	3,6
	3,64	2	6,5	7,1	10,7
	3,70	1	3,2	3,6	14,3
	3,73	1	3,2	3,6	17,9
	3,78	1	3,2	3,6	21,4
	3,82	2	6,5	7,1	28,6
	4,00	1	3,2	3,6	32,1
	4,18	1	3,2	3,6	35,7
	4,27	3	9,7	10,7	46,4
	4,36	2	6,5	7,1	53,6
	4,45	2	6,5	7,1	60,7
	4,50	2	6,5	7,1	67,9
	4,55	1	3,2	3,6	71,4
	4,56	1	3,2	3,6	75,0
	4,64	2	6,5	7,1	82,1
	4,73	1	3,2	3,6	85,7
	4,82	1	3,2	3,6	89,3
	4,91	1	3,2	3,6	92,9
	5,00	2	6,5	7,1	100,0
	Total	28	90,3	100,0	
Missing	System	3	9,7		
Total		31	100,0		

Participação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,63	1	3,2	3,4	3,4
	3,25	1	3,2	3,4	6,9
	3,38	1	3,2	3,4	10,3
	3,50	2	6,5	6,9	17,2
	3,75	1	3,2	3,4	20,7
	3,86	1	3,2	3,4	24,1
	3,88	2	6,5	6,9	31,0
	4,13	1	3,2	3,4	34,5
	4,25	5	16,1	17,2	51,7
	4,29	1	3,2	3,4	55,2
	4,38	1	3,2	3,4	58,6
	4,50	4	12,9	13,8	72,4
	4,63	3	9,7	10,3	82,8
	4,67	1	3,2	3,4	86,2
	4,75	3	9,7	10,3	96,6
	4,88	1	3,2	3,4	100,0
	Total	29	93,5	100,0	
Missing	System	2	6,5		
Total		31	100,0		

Diversidade Suporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,33	2	6,5	6,5	6,5
	3,67	1	3,2	3,2	9,7
	3,83	2	6,5	6,5	16,1
	4,00	5	16,1	16,1	32,3
	4,17	1	3,2	3,2	35,5
	4,20	1	3,2	3,2	38,7
	4,33	4	12,9	12,9	51,6
	4,50	5	16,1	16,1	67,7
	4,67	5	16,1	16,1	83,9
	4,80	1	3,2	3,2	87,1
	4,83	2	6,5	6,5	93,5
	5,00	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Escolha

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,67	1	3,2	3,3	3,3
	3,80	1	3,2	3,3	6,7
	3,83	3	9,7	10,0	16,7
	4,00	2	6,5	6,7	23,3
	4,17	3	9,7	10,0	33,3
	4,20	1	3,2	3,3	36,7
	4,33	5	16,1	16,7	53,3
	4,40	1	3,2	3,3	56,7
	4,50	4	12,9	13,3	70,0
	4,67	6	19,4	20,0	90,0
	4,80	1	3,2	3,3	93,3
	5,00	2	6,5	6,7	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	System	1	3,2		
	Total	31	100,0		

Serviços Individualizados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,20	1	3,2	3,4	3,4
	3,20	1	3,2	3,4	6,9
	3,40	4	12,9	13,8	20,7
	3,50	1	3,2	3,4	24,1
	3,60	5	16,1	17,2	41,4
	3,75	1	3,2	3,4	44,8
	3,80	3	9,7	10,3	55,2
	4,00	3	9,7	10,3	65,5
	4,20	3	9,7	10,3	75,9
	4,40	3	9,7	10,3	86,2
	4,50	1	3,2	3,4	89,7
	4,60	2	6,5	6,9	96,6
	4,80	1	3,2	3,4	100,0
	Total	29	93,5	100,0	
Missing	System	2	6,5		
Total		31	100,0		

Escala Recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,56	2	6,5	6,7	6,7
	3,58	1	3,2	3,3	10,0
	3,74	1	3,2	3,3	13,3
	3,80	1	3,2	3,3	16,7
	3,88	1	3,2	3,3	20,0
	3,97	2	6,5	6,7	26,7
	4,11	1	3,2	3,3	30,0
	4,11	2	6,5	6,7	36,7
	4,11	1	3,2	3,3	40,0
	4,17	1	3,2	3,3	43,3
	4,22	1	3,2	3,3	46,7
	4,25	2	6,5	6,7	53,3
	4,29	1	3,2	3,3	56,7
	4,30	1	3,2	3,3	60,0
	4,31	1	3,2	3,3	63,3
	4,37	1	3,2	3,3	66,7
	4,41	1	3,2	3,3	70,0
	4,44	1	3,2	3,3	73,3
	4,51	1	3,2	3,3	76,7
	4,53	1	3,2	3,3	80,0
	4,60	1	3,2	3,3	83,3
	4,61	1	3,2	3,3	86,7
	4,64	1	3,2	3,3	90,0
	4,71	1	3,2	3,3	93,3
	4,78	1	3,2	3,3	96,7
	4,81	1	3,2	3,3	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	System	1	3,2		
Total		31	100,0		

FREQUÊNCIAS ITENS
Todos os grupos

FREQUENCIES

```
VARIABLES=Q.1 Q.2 Q.3 Q.4 Q.5 Q.6 Q.7 Q.8 Q.9 Q.10 Q.11 Q.12 Q.13 Q.14
Q.15 Q.16 Q.17 Q.18 Q.19 Q.20 Q.21 Q.22 Q.23 Q.24 Q.25 Q.26 Q.27 Q.28 Q.29
Q.30 Q.31 Q.32 Q.33 Q.34 Q.35 Q.36
/ BARCHART FREQ
/ ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Teresa\Ambiente de trabalho\RecTese.sav

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade	A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros	Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais	A associação proporciona informação/for mação aos/às empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental	Os/as técnicos/as fazem todos os esforços para envolverem as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos/as, membros da família) e outras fontes de apoio natural no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência
N	Valid	187	190	152	178	184
	Missing	14	11	49	23	17

Statistics

		Os membros podem escolher e mudar, se desejarem, de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles	A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros (casa, comunidade, local de trabalho)	Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual	Os/as técnicos/as da associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural	Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros
N	Valid	147	171	161	157	194
	Missing	54	30	40	44	7

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a monitorizar os progressos que fazem em direcção aos seus objectivos pessoais	Esta associação proporciona, para a comunidade, actividades de informação/formação sobre a doença mental	Os/as técnicos/as desta associação não utilizam ameaças, subornos ou outras formas de coacção para influenciar o comportamento e as escolhas dos membros	Os/as técnicos/as da associação encorajam os membros a arriscar e a experimentar coisas novas	Os membros estão /podem estar envolvidos na facilitação da formação dos/as técnicos/as e noutros programas de formação da associação
N	Valid	190	192	188	181	156
	Missing	11	9	13	20	45

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação têm conhecimento de grupos de interesse específico e de actividades na comunidade	Encontros, reuniões e outras actividades podem ser agendadas para o fim do dia ou fins de semana de modo a não coincidirem com outras actividades orientadas para o recovery, como o emprego ou a escola	A associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de recovery que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica	Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (individual, grupo, apoio de pares, etc)	A concretização dos objectivos dos membros é formalmente reconhecida e celebrada pela associação
N	Valid	166	165	175	178	188
	Missing	35	36	26	23	13

Statistics

		Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação	Os/as técnicos/as utilizam uma linguagem de recovery (esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias	Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares	Se a associação não tiver os recursos que permitam dar resposta às necessidades dos membros, ajuda a encontrar alternativas noutros programas e serviços	Os/as técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas
N	Valid	165	188	169	169	191
	Missing	36	13	32	32	10

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses	Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação	Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades	Os/as técnicos/as apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego	Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços
N	Valid	156	159	178	197	170
	Missing	45	42	23	4	31

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)	A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery	A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos	Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação
N	Valid	162	191	195	186
	Missing	39	10	6	15

			Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o recovery e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte
	O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços		
N	Valid	184	189
	Missing	17	12

Frequency Table

Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	13	6,5	7,0	7,0
	2	9	4,5	4,8	11,8
	3	39	19,4	20,9	32,6
	4	47	23,4	25,1	57,8
	5 Concordo Totalmente	79	39,3	42,2	100,0
	Total	187	93,0	100,0	
Missing	98	6	3,0		
	99	8	4,0		
	Total	14	7,0		
Total		201	100,0		

A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	,5	,5	,5
	2	7	3,5	3,7	4,2
	3	28	13,9	14,7	18,9
	4	80	39,8	42,1	61,1
	5 Concordo Totalmente	74	36,8	38,9	100,0
	Total	190	94,5	100,0	
Missing	98	1	,5		
	99	10	5,0		
	Total	11	5,5		
Total		201	100,0		

Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	11	5,5	7,2	7,2
	2	6	3,0	3,9	11,2
	3	33	16,4	21,7	32,9
	4	27	13,4	17,8	50,7
	5 Concordo Totalmente	75	37,3	49,3	100,0
	Total	152	75,6	100,0	
Missing	98	4	2,0		
	99	45	22,4		
	Total	49	24,4		
Total		201	100,0		

A associação proporciona informação/formação aos/às empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	1,5	1,7	1,7
	2	7	3,5	3,9	5,6
	3	27	13,4	15,2	20,8
	4	56	27,9	31,5	52,2
	5 Concordo Totalmente	85	42,3	47,8	100,0
	Total	178	88,6	100,0	
Missing	98	5	2,5		
	99	18	9,0		
	Total	23	11,4		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as fazem todos os esforços para envolverem as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos/as, membros da família) e outras fontes de apoio natural no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	7	3,5	3,8	3,8
	2	10	5,0	5,4	9,2
	3	25	12,4	13,6	22,8
	4	63	31,3	34,2	57,1
	5 Concordo Totalmente	79	39,3	42,9	100,0
	Total	184	91,5	100,0	
Missing	98	4	2,0		
	99	13	6,5		
	Total	17	8,5		
Total		201	100,0		

Os membros podem escolher e mudar, se desejarem, de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	16	8,0	10,9	10,9
	2	15	7,5	10,2	21,1
	3	36	17,9	24,5	45,6
	4	24	11,9	16,3	61,9
	5 Concordo Totalmente	56	27,9	38,1	100,0
	Total	147	73,1	100,0	
Missing	98	13	6,5		
	99	41	20,4		
	Total	54	26,9		
Total		201	100,0		

A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros (casa, comunidade, local de trabalho)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	8	4,0	4,7	4,7
	2	11	5,5	6,4	11,1
	3	38	18,9	22,2	33,3
	4	51	25,4	29,8	63,2
	5 Concordo Totalmente	63	31,3	36,8	100,0
	Total	171	85,1	100,0	
Missing	98	12	6,0		
	99	18	9,0		
	Total	30	14,9		
Total		201	100,0		

Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	19	9,5	11,8	11,8
	2	14	7,0	8,7	20,5
	3	19	9,5	11,8	32,3
	4	46	22,9	28,6	60,9
	5 Concordo Totalmente	63	31,3	39,1	100,0
	Total	161	80,1	100,0	
Missing	98	10	5,0		
	99	30	14,9		
	Total	40	19,9		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as da associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	13	6,5	8,3	8,3
	2	12	6,0	7,6	15,9
	3	35	17,4	22,3	38,2
	4	40	19,9	25,5	63,7
	5 Concordo Totalmente	57	28,4	36,3	100,0
	Total	157	78,1	100,0	
Missing	98	11	5,5		
	99	33	16,4		
	Total	44	21,9		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	1,5	1,5	1,5
	2	5	2,5	2,6	4,1
	3	22	10,9	11,3	15,5
	4	52	25,9	26,8	42,3
	5 Concordo Totalmente	112	55,7	57,7	100,0
	Total	194	96,5	100,0	
Missing	98	1	,5		
	99	6	3,0		
	Total	7	3,5		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a monitorizar os progressos que fazem em direcção aos seus objectivos pessoais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	5	2,5	2,6	2,6
	2	2	1,0	1,1	3,7
	3	33	16,4	17,4	21,1
	4	53	26,4	27,9	48,9
	5 Concordo Totalmente	97	48,3	51,1	100,0
	Total	190	94,5	100,0	
Missing	98	5	2,5		
	99	6	3,0		
	Total	11	5,5		
Total		201	100,0		

Esta associação proporciona, para a comunidade, actividades de informação/formação sobre a doença mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	4	2,0	2,1	2,1
	2	6	3,0	3,1	5,2
	3	19	9,5	9,9	15,1
	4	53	26,4	27,6	42,7
	5 Concordo Totalmente	110	54,7	57,3	100,0
	Total	192	95,5	100,0	
Missing	98	3	1,5		
	99	6	3,0		
	Total	9	4,5		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as desta associação não utilizam ameaças, subornos ou outras formas de coação para influenciar o comportamento e as escolhas dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	9	4,5	4,8	4,8
	2	6	3,0	3,2	8,0
	3	10	5,0	5,3	13,3
	4	19	9,5	10,1	23,4
	5 Concordo Totalmente	144	71,6	76,6	100,0
	Total	188	93,5	100,0	
Missing	98	5	2,5		
	99	8	4,0		
	Total	13	6,5		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as da associação encorajam os membros a arriscar e a experimentar coisas novas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	7	3,5	3,9	3,9
	2	5	2,5	2,8	6,6
	3	31	15,4	17,1	23,8
	4	51	25,4	28,2	51,9
	5 Concordo Totalmente	87	43,3	48,1	100,0
	Total	181	90,0	100,0	
Missing	98	5	2,5		
	99	15	7,5		
	Total	20	10,0		
Total		201	100,0		

Os membros estão /podem estar envolvidos na facilitação da formação dos/as técnicos/as e noutros programas de formação da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	7	3,5	4,5	4,5
	2	10	5,0	6,4	10,9
	3	28	13,9	17,9	28,8
	4	55	27,4	35,3	64,1
	5 Concordo Totalmente	56	27,9	35,9	100,0
	Total	156	77,6	100,0	
Missing	98	14	7,0		
	99	31	15,4		
	Total	45	22,4		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as da associação têm conhecimento de grupos de interesse específico e de actividades na comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	4	2,0	2,4	2,4
	2	8	4,0	4,8	7,2
	3	18	9,0	10,8	18,1
	4	60	29,9	36,1	54,2
	5 Concordo Totalmente	76	37,8	45,8	100,0
	Total	166	82,6	100,0	
Missing	98	6	3,0		
	99	29	14,4		
	Total	35	17,4		
Total		201	100,0		

Encontros, reuniões e outras actividades podem ser agendadas para o fim do dia ou fins de semana de modo a não coincidirem com outras actividades orientadas para o recovery, como o emprego ou a escola

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	7	3,5	4,2	4,2
	2	7	3,5	4,2	8,5
	3	34	16,9	20,6	29,1
	4	36	17,9	21,8	50,9
	5 Concordo Totalmente	81	40,3	49,1	100,0
	Total	165	82,1	100,0	
Missing	98	14	7,0		
	99	22	10,9		
	Total	36	17,9		
Total		201	100,0		

A associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de recovery que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	11	5,5	6,3	6,3
	2	8	4,0	4,6	10,9
	3	18	9,0	10,3	21,1
	4	48	23,9	27,4	48,6
	5 Concordo Totalmente	90	44,8	51,4	100,0
	Total	175	87,1	100,0	
Missing	98	6	3,0		
	99	20	10,0		
	Total	26	12,9		
Total		201	100,0		

Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (individual, grupo, apoio de pares, etc)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	1,0	1,1	1,1
	2	8	4,0	4,5	5,6
	3	26	12,9	14,6	20,2
	4	48	23,9	27,0	47,2
	5 Concordo Totalmente	94	46,8	52,8	100,0
	Total	178	88,6	100,0	
Missing	98	1	,5		
	99	22	10,9		
	Total	23	11,4		
Total		201	100,0		

A concretização dos objectivos dos membros é formalmente reconhecida e celebrada pela associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	5	2,5	2,7	2,7
	2	4	2,0	2,1	4,8
	3	36	17,9	19,1	23,9
	4	45	22,4	23,9	47,9
	5 Concordo Totalmente	98	48,8	52,1	100,0
	Total	188	93,5	100,0	
Missing	98	4	2,0		
	99	9	4,5		
	Total	13	6,5		
Total		201	100,0		

Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	10	5,0	6,1	6,1
	2	15	7,5	9,1	15,2
	3	35	17,4	21,2	36,4
	4	43	21,4	26,1	62,4
	5 Conçordo Totalmente	62	30,8	37,6	100,0
	Total	165	82,1	100,0	
Missing	98	5	2,5		
	99	31	15,4		
	Total	36	17,9		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as utilizam uma linguagem de recovery (esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	1,5	1,6	1,6
	2	4	2,0	2,1	3,7
	3	20	10,0	10,6	14,4
	4	47	23,4	25,0	39,4
	5 Conçordo Totalmente	114	56,7	60,6	100,0
	Total	188	93,5	100,0	
Missing	98	2	1,0		
	99	11	5,5		
	Total	13	6,5		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	14	7,0	8,3	8,3
	2	6	3,0	3,6	11,8
	3	34	16,9	20,1	32,0
	4	46	22,9	27,2	59,2
	5 Conçordo Totalmente	69	34,3	40,8	100,0
	Total	169	84,1	100,0	
Missing	98	11	5,5		
	99	21	10,4		
	Total	32	15,9		
Total		201	100,0		

Se a associação não tiver os recursos que permitam dar resposta às necessidades dos membros, ajuda a encontrar alternativas noutros programas e serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	8	4,0	4,7	4,7
	2	6	3,0	3,6	8,3
	3	17	8,5	10,1	18,3
	4	56	27,9	33,1	51,5
	5 Concordo Totalmente	82	40,8	48,5	100,0
	Total	169	84,1	100,0	
Missing	98	8	4,0		
	99	24	11,9		
	Total	32	15,9		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	4	2,0	2,1	2,1
	2	4	2,0	2,1	4,2
	3	27	13,4	14,1	18,3
	4	54	26,9	28,3	46,6
	5 Concordo Totalmente	102	50,7	53,4	100,0
	Total	191	95,0	100,0	
Missing	98	2	1,0		
	99	8	4,0		
	Total	10	5,0		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	12	6,0	7,7	7,7
	2	5	2,5	3,2	10,9
	3	32	15,9	20,5	31,4
	4	47	23,4	30,1	61,5
	5 Concordo Totalmente	60	29,9	38,5	100,0
	Total	156	77,6	100,0	
Missing	98	9	4,5		
	99	36	17,9		
	Total	45	22,4		
Total		201	100,0		

Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	12	6,0	7,5	7,5
	2	11	5,5	6,9	14,5
	3	38	18,9	23,9	38,4
	4	28	13,9	17,6	56,0
	5 Concordo Totalmente	70	34,8	44,0	100,0
	Total	159	79,1	100,0	
Missing	98	12	6,0		
	99	30	14,9		
	Total	42	20,9		
Total		201	100,0		

Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	9	4,5	5,1	5,1
	2	7	3,5	3,9	9,0
	3	26	12,9	14,6	23,6
	4	50	24,9	28,1	51,7
	5 Concordo Totalmente	86	42,8	48,3	100,0
	Total	178	88,6	100,0	
Missing	98	3	1,5		
	99	20	10,0		
	Total	23	11,4		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	5	2,5	2,5	2,5
	2	5	2,5	2,5	5,1
	3	15	7,5	7,6	12,7
	4	57	28,4	28,9	41,6
	5 Concordo Totalmente	115	57,2	58,4	100,0
	Total	197	98,0	100,0	
Missing	98	2	1,0		
	99	2	1,0		
	Total	4	2,0		
Total		201	100,0		

Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	9	4,5	5,3	5,3
	2	4	2,0	2,4	7,6
	3	33	16,4	19,4	27,1
	4	47	23,4	27,6	54,7
	5 Concordo Totalmente	77	38,3	45,3	100,0
	Total	170	84,6	100,0	
Missing	98	9	4,5		
	99	22	10,9		
	Total	31	15,4		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	11	5,5	6,8	6,8
	2	15	7,5	9,3	16,0
	3	30	14,9	18,5	34,6
	4	47	23,4	29,0	63,6
	5 Concordo Totalmente	59	29,4	36,4	100,0
	Total	162	80,6	100,0	
Missing	98	11	5,5		
	99	28	13,9		
	Total	39	19,4		
Total		201	100,0		

A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	1,0	1,0	1,0
	2	2	1,0	1,0	2,1
	3	14	7,0	7,3	9,4
	4	66	32,8	34,6	44,0
	5 Concordo Totalmente	107	53,2	56,0	100,0
	Total	191	95,0	100,0	
Missing	98	4	2,0		
	99	6	3,0		
	Total	10	5,0		
Total		201	100,0		

A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	5	2,5	2,6	2,6
	3	17	8,5	8,7	11,3
	4	44	21,9	22,6	33,8
	5 Concordo Totalmente	129	64,2	66,2	100,0
	Total	195	97,0	100,0	
Missing	98	2	1,0		
	99	4	2,0		
	Total	6	3,0		
Total		201	100,0		

Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	5	2,5	2,7	2,7
	2	10	5,0	5,4	8,1
	3	23	11,4	12,4	20,4
	4	46	22,9	24,7	45,2
	5 Concordo Totalmente	102	50,7	54,8	100,0
	Total	186	92,5	100,0	
Missing	98	5	2,5		
	99	10	5,0		
	Total	15	7,5		
Total		201	100,0		

O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	9	4,5	4,9	4,9
	2	10	5,0	5,4	10,3
	3	31	15,4	16,8	27,2
	4	57	28,4	31,0	58,2
	5 Concordo Totalmente	77	38,3	41,8	100,0
	Total	184	91,5	100,0	
Missing	98	5	2,5		
	99	12	6,0		
	Total	17	8,5		
Total		201	100,0		

Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o recovery e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	1,5	1,6	1,6
	2	6	3,0	3,2	4,8
	3	20	10,0	10,6	15,3
	4	45	22,4	23,8	39,2
	5 Concordo Totalmente	115	57,2	60,8	100,0
	Total	189	94,0	100,0	
Missing	98	2	1,0		
	99	10	5,0		
	Total	12	6,0		
Total		201	100,0		

FREQUÊNCIAS ITENS

Membros

Frequencias

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Teresa\Ambiente de trabalho\RecTese.sav

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade	A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros	Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais	A associação proporciona informação/formação aos/às empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental	Os/as técnicos/as fazem todos os esforços para envolverem as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos/as, membros da família) e outras fontes de apoio natural no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência
N	Valid	84	90	85	85	88
	Missing	6	0	5	5	2

Statistics

		Os membros podem escolher e mudar, se desejarem, de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles	A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros (casa, comunidade, local de trabalho)	Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual	Os/as técnicos/as da associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural	Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros
N	Valid	80	78	78	83	87
	Missing	10	12	12	7	3

Statistics

		Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação	Os/as técnicos/as utilizam uma linguagem de recovery (esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias	Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares	Se a associação não tiver os recursos que permitam dar resposta às necessidades dos membros, ajuda a encontrar alternativas noutros programas e serviços	Os/as técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas
N	Valid	85	89	83	82	89
	Missing	5	1	7	8	1

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses	Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação	Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades	Os/as técnicos/as apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego	Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços
N	Valid	83	81	86	88	82
	Missing	7	9	4	2	8

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)	A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery	A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos	Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação
N	Valid	80	87	88	85
	Missing	10	3	2	5

Statistics

		O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços	Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o recovery e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte
N	Valid	85	88
	Missing	5	2

Frequency Table

Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	11	12,2	13,1	13,1
	2	1	1,1	1,2	14,3
	3	27	30,0	32,1	46,4
	4	15	16,7	17,9	64,3
	5 Concordo Totalmente	30	33,3	35,7	100,0
	Total	84	93,3	100,0	
Missing	98	5	5,6		
	99	1	1,1		
	Total	6	6,7		
Total		90	100,0		

A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,1	1,1	1,1
	2	3	3,3	3,3	4,4
	3	13	14,4	14,4	18,9
	4	34	37,8	37,8	56,7
	5 Concordo Totalmente	39	43,3	43,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	11	12,2	12,9	12,9
	2	6	6,7	7,1	20,0
	3	23	25,6	27,1	47,1
	4	14	15,6	16,5	63,5
	5 Concordo Totalmente	31	34,4	36,5	100,0
	Total	85	94,4	100,0	
Missing	98	4	4,4		
	99	1	1,1		
	Total	5	5,6		
Total		90	100,0		

A associação proporciona informação/formação aos/às empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,1	1,2	1,2
	2	3	3,3	3,5	4,7
	3	13	14,4	15,3	20,0
	4	24	26,7	28,2	48,2
	5 Concordo Totalmente	44	48,9	51,8	100,0
	Total	85	94,4	100,0	
Missing	98	3	3,3		
	99	2	2,2		
	Total	5	5,6		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as fazem todos os esforços para envolverem as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos/as, membros da família) e outras fontes de apoio natural no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	5	5,6	5,7	5,7
	2	6	6,7	6,8	12,5
	3	15	16,7	17,0	29,5
	4	26	28,9	29,5	59,1
	5 Concordo Totalmente	36	40,0	40,9	100,0
	Total	88	97,8	100,0	
Missing	98	2	2,2		
	Total	90	100,0		

Os membros podem escolher e mudar, se desejarem, de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	13	14,4	16,3	16,3
	2	7	7,8	8,8	25,0
	3	19	21,1	23,8	48,8
	4	11	12,2	13,8	62,5
	5 Concordo Totalmente	30	33,3	37,5	100,0
	Total	80	88,9	100,0	
Missing	98	8	8,9		
	99	2	2,2		
	Total	10	11,1		
Total		90	100,0		

A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros
(casa, comunidade, local de trabalho)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	5	5,6	6,4	6,4
	2	6	6,7	7,7	14,1
	3	20	22,2	25,6	39,7
	4	20	22,2	25,6	65,4
	5 Concordo Totalmente	27	30,0	34,6	100,0
	Total	78	86,7	100,0	
Missing	98	9	10,0		
	99	3	3,3		
	Total	12	13,3		
Total		90	100,0		

Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	17	18,9	21,8	21,8
	2	12	13,3	15,4	37,2
	3	11	12,2	14,1	51,3
	4	16	17,8	20,5	71,8
	5 Concordo Totalmente	22	24,4	28,2	100,0
	Total	78	86,7	100,0	
Missing	98	8	8,9		
	99	4	4,4		
	Total	12	13,3		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as da associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	7	7,8	8,4	8,4
	2	8	8,9	9,6	18,1
	3	20	22,2	24,1	42,2
	4	20	22,2	24,1	66,3
	5 Concordo Totalmente	28	31,1	33,7	100,0
	Total	83	92,2	100,0	
Missing	98	4	4,4		
	99	3	3,3		
	Total	7	7,8		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,2	2,3	2,3
	2	3	3,3	3,4	5,7
	3	13	14,4	14,9	20,7
	4	19	21,1	21,8	42,5
	5 Concordo Totalmente	50	55,6	57,5	100,0
	Total	87	96,7	100,0	
Missing	98	1	1,1		
	99	2	2,2		
	Total	3	3,3		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a monitorizar os progressos que fazem em direcção aos seus objectivos pessoais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	4	4,4	4,7	4,7
	2	2	2,2	2,4	7,1
	3	20	22,2	23,5	30,6
	4	21	23,3	24,7	55,3
	5 Concordo Totalmente	38	42,2	44,7	100,0
	Total	85	94,4	100,0	
Missing	98	4	4,4		
	99	1	1,1		
	Total	5	5,6		
Total		90	100,0		

Esta associação proporciona, para a comunidade, actividades de informação/formação sobre a doença mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	4	4,4	4,6	4,6
	2	4	4,4	4,6	9,2
	3	9	10,0	10,3	19,5
	4	18	20,0	20,7	40,2
	5 Concordo Totalmente	52	57,8	59,8	100,0
	Total	87	96,7	100,0	
Missing	98	2	2,2		
	99	1	1,1		
	Total	3	3,3		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as desta associação não utilizam ameaças, subornos ou outras formas de coação para influenciar o comportamento e as escolhas dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	9	10,0	10,7	10,7
	2	4	4,4	4,8	15,5
	3	6	6,7	7,1	22,6
	4	9	10,0	10,7	33,3
	5 Concordo Totalmente	56	62,2	66,7	100,0
	Total	84	93,3	100,0	
Missing	98	4	4,4		
	99	2	2,2		
	Total	6	6,7		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as da associação encorajam os membros a arriscar e a experimentar coisas novas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	5	5,6	5,7	5,7
	2	2	2,2	2,3	8,0
	3	19	21,1	21,8	29,9
	4	21	23,3	24,1	54,0
	5 Concordo Totalmente	40	44,4	46,0	100,0
	Total	87	96,7	100,0	
Missing	98	1	1,1		
	99	2	2,2		
	Total	3	3,3		
Total		90	100,0		

Os membros estão /podem estar envolvidos na facilitação da formação dos/as técnicos/as e noutros programas de formação da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	6	6,7	7,8	7,8
	2	8	8,9	10,4	18,2
	3	19	21,1	24,7	42,9
	4	17	18,9	22,1	64,9
	5 Concordo Totalmente	27	30,0	35,1	100,0
	Total	77	85,6	100,0	
Missing	98	11	12,2		
	99	2	2,2		
	Total	13	14,4		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as da associação têm conhecimento de grupos de interesse específico e de actividades na comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	3,3	3,7	3,7
	2	5	5,6	6,2	9,9
	3	9	10,0	11,1	21,0
	4	26	28,9	32,1	53,1
	5 Concordo Totalmente	38	42,2	46,9	100,0
	Total	81	90,0	100,0	
Missing	98	6	6,7		
	99	3	3,3		
	Total	9	10,0		
Total		90	100,0		

Encontros, reuniões e outras actividades podem ser agendadas para o fim do dia ou fins de semana de modo a não coincidirem com outras actividades orientadas para o recovery, como o emprego ou a escola

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	6	6,7	7,9	7,9
	2	6	6,7	7,9	15,8
	3	16	17,8	21,1	36,8
	4	15	16,7	19,7	56,6
	5 Concordo Totalmente	33	36,7	43,4	100,0
	Total	76	84,4	100,0	
Missing	98	13	14,4		
	99	1	1,1		
	Total	14	15,6		
Total		90	100,0		

A associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de recovery que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	10	11,1	11,9	11,9
	2	6	6,7	7,1	19,0
	3	12	13,3	14,3	33,3
	4	19	21,1	22,6	56,0
	5 Concordo Totalmente	37	41,1	44,0	100,0
	Total	84	93,3	100,0	
Missing	98	5	5,6		
	99	1	1,1		
	Total	6	6,7		
Total		90	100,0		

Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (individual, grupo, apoio de pares, etc)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,2	2,3	2,3
	2	4	4,4	4,6	6,9
	3	17	18,9	19,5	26,4
	4	22	24,4	25,3	51,7
	5 Concordo Totalmente	42	46,7	48,3	100,0
	Total	87	96,7	100,0	
Missing	98	1	1,1		
	99	2	2,2		
	Total	3	3,3		
Total		90	100,0		

A concretização dos objectivos dos membros é formalmente reconhecida e celebrada pela associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	3,3	3,5	3,5
	2	2	2,2	2,4	5,9
	3	17	18,9	20,0	25,9
	4	19	21,1	22,4	48,2
	5 Concordo Totalmente	44	48,9	51,8	100,0
	Total	85	94,4	100,0	
Missing	98	2	2,2		
	99	3	3,3		
	Total	5	5,6		
Total		90	100,0		

Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	10	11,1	11,8	11,8
	2	8	8,9	9,4	21,2
	3	21	23,3	24,7	45,9
	4	16	17,8	18,8	64,7
	5 Concordo Totalmente	30	33,3	35,3	100,0
	Total	85	94,4	100,0	
Missing	98	3	3,3		
	99	2	2,2		
	Total	5	5,6		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as utilizam uma linguagem de recovery (esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	3,3	3,4	3,4
	2	3	3,3	3,4	6,7
	3	13	14,4	14,6	21,3
	4	21	23,3	23,6	44,9
	5 Concordo Totalmente	49	54,4	55,1	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	98	1	1,1		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	11	12,2	13,3	13,3
	2	3	3,3	3,6	16,9
	3	22	24,4	26,5	43,4
	4	17	18,9	20,5	63,9
	5 Concordo Totalmente	30	33,3	36,1	100,0
	Total	83	92,2	100,0	
Missing	98	6	6,7		
	99	1	1,1		
	Total	7	7,8		
Total		90	100,0		

Se a associação não tiver os recursos que permitam dar resposta às necessidades dos membros, ajuda a encontrar alternativas noutros programas e serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	6	6,7	7,3	7,3
	2	4	4,4	4,9	12,2
	3	12	13,3	14,6	26,8
	4	27	30,0	32,9	59,8
	5 Concordo Totalmente	33	36,7	40,2	100,0
	Total	82	91,1	100,0	
Missing	98	7	7,8		
	99	1	1,1		
	Total	8	8,9		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	4	4,4	4,5	4,5
	2	1	1,1	1,1	5,6
	3	21	23,3	23,6	29,2
	4	25	27,8	28,1	57,3
	5 Concordo Totalmente	38	42,2	42,7	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	98	1	1,1		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	10	11,1	12,0	12,0
	2	1	1,1	1,2	13,3
	3	24	26,7	28,9	42,2
	4	17	18,9	20,5	62,7
	5 Concordo Totalmente	31	34,4	37,3	100,0
	Total	83	92,2	100,0	
Missing	98	5	5,6		
	99	2	2,2		
	Total	7	7,8		
Total		90	100,0		

Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	10	11,1	12,3	12,3
	2	10	11,1	12,3	24,7
	3	28	31,1	34,6	59,3
	4	10	11,1	12,3	71,6
	5 Concordo Totalmente	23	25,6	28,4	100,0
	Total	81	90,0	100,0	
Missing	98	8	8,9		
	99	1	1,1		
	Total	9	10,0		
Total		90	100,0		

Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	8	8,9	9,3	9,3
	2	3	3,3	3,5	12,8
	3	16	17,8	18,6	31,4
	4	19	21,1	22,1	53,5
	5 Concordo Totalmente	40	44,4	46,5	100,0
Total		86	95,6	100,0	
Missing	98	3	3,3		
	99	1	1,1		
	Total	4	4,4		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	3,3	3,4	3,4
	2	3	3,3	3,4	6,8
	3	11	12,2	12,5	19,3
	4	24	26,7	27,3	46,6
	5 Concordo Totalmente	47	52,2	53,4	100,0
Total		88	97,8	100,0	
Missing	98	2	2,2		
	Total	90	100,0		

Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	8	8,9	9,8	9,8
	2	4	4,4	4,9	14,6
	3	25	27,8	30,5	45,1
	4	14	15,6	17,1	62,2
	5 Concordo Totalmente	31	34,4	37,8	100,0
Total		82	91,1	100,0	
Missing	98	7	7,8		
	99	1	1,1		
	Total	8	8,9		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	8	8,9	10,0	10,0
	2	10	11,1	12,5	22,5
	3	18	20,0	22,5	45,0
	4	20	22,2	25,0	70,0
	5 Concordo Totalmente	24	26,7	30,0	100,0
	Total	80	88,9	100,0	
Missing	98	8	8,9		
	99	2	2,2		
	Total	10	11,1		
Total		90	100,0		

A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,2	2,3	2,3
	2	2	2,2	2,3	4,6
	3	6	6,7	6,9	11,5
	4	32	35,6	36,8	48,3
	5 Concordo Totalmente	45	50,0	51,7	100,0
	Total	87	96,7	100,0	
Missing	98	2	2,2		
	99	1	1,1		
	Total	3	3,3		
Total		90	100,0		

A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	4,4	4,5	4,5
	3	12	13,3	13,6	18,2
	4	18	20,0	20,5	38,6
	5 Concordo Totalmente	54	60,0	61,4	100,0
	Total	88	97,8	100,0	
Missing	98	2	2,2		
Total		90	100,0		

Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	5	5,6	5,9	5,9
	2	5	5,6	5,9	11,8
	3	16	17,8	18,8	30,6
	4	18	20,0	21,2	51,8
	5 Concordo Totalmente	41	45,6	48,2	100,0
	Total	85	94,4	100,0	
Missing	98	4	4,4		
	99	1	1,1		
	Total	5	5,6		
Total		90	100,0		

O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	9	10,0	10,6	10,6
	2	8	8,9	9,4	20,0
	3	16	17,8	18,8	38,8
	4	18	20,0	21,2	60,0
	5 Concordo Totalmente	34	37,8	40,0	100,0
	Total	85	94,4	100,0	
Missing	98	5	5,6		
Total		90	100,0		

Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o recovery e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	3,3	3,4	3,4
	2	5	5,6	5,7	9,1
	3	15	16,7	17,0	26,1
	4	16	17,8	18,2	44,3
	5 Concordo Totalmente	49	54,4	55,7	100,0
	Total	88	97,8	100,0	
Missing	98	1	1,1		
	99	1	1,1		
	Total	2	2,2		
Total		90	100,0		

FREQUÊNCIAS ITENS

Famílias

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Teresa\Ambiente de trabalho\RecTese.sav

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade	A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros	Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais	A associação proporciona informação/formação aos/às empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental	Os/as técnicos/as fazem todos os esforços para envolverem as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos/as, membros da família) e outras fontes de apoio natural no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência
N	Valid	72	70	36	64	66
	Missing	8	10	44	16	14

Statistics

		Os membros podem escolher e mudar, se desejarem, de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles	A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros (casa, comunidade, local de trabalho)	Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual	Os/as técnicos/as da associação participam regularmente em ações de formação sobre competência cultural	Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros
N	Valid	41	65	53	50	76
	Missing	39	15	27	30	4

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a monitorizar os progressos que fazem em direcção aos seus objectivos pessoais	Esta associação proporciona, para a comunidade, actividades de informação/formação sobre a doença mental	Os/as técnicos/as desta associação não utilizam ameaças, subornos ou outras formas de coacção para influenciar o comportamento e as escolhas dos membros	Os/as técnicos/as da associação encorajam os membros a arriscar e a experimentar coisas novas	Os membros estão /podem estar envolvidos na facilitação da formação dos/as técnicos/as e noutros programas de formação da associação
N	Valid	75	75	74	68	51
	Missing	5	5	6	12	29

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação têm conhecimento de grupos de interesse específico e de actividades na comunidade	Encontros, reuniões e outras actividades podem ser agendadas para o fim do dia ou fins de semana de modo a não coincidirem com outras actividades orientadas para o recovery, como o emprego ou a escola	A associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de recovery que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica	Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (individual, grupo, apoio de pares, etc)	A concretização dos objectivos dos membros é formalmente reconhecida e celebrada pela associação
N	Valid	55	59	61	60	74
	Missing	25	21	19	20	6

Statistics

		Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação	Os/as técnicos/as utilizam uma linguagem de recovery (esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias	Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares	Se a associação não tiver os recursos que permitam dar resposta às necessidades dos membros, ajuda a encontrar alternativas noutros programas e serviços	Os/as técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas
N	Valid	50	69	57	57	72
	Missing	30	11	23	23	8

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses	Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação	Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades	Os/as técnicos/as apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego	Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços
N	Valid	46	51	61	78	59
	Missing	34	29	19	2	21

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)	A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery	A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos	Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação
N	Valid	53	75	76	71
	Missing	27	5	4	9

Statistics

		O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços	Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o recovery e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte
N	Valid	68	71
	Missing	12	9

Frequency Table

Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	2,8	2,8
	2	5	6,3	6,9	9,7
	3	10	12,5	13,9	23,6
	4	22	27,5	30,6	54,2
	5 Concordo Totalmente	33	41,3	45,8	100,0
	Total	72	90,0	100,0	
Missing	98	1	1,3		
	99	7	8,8		
	Total	8	10,0		
Total		80	100,0		

A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	5,0	5,7	5,7
	3	11	13,8	15,7	21,4
	4	28	35,0	40,0	61,4
	5 Concordo Totalmente	27	33,8	38,6	100,0
	Total	70	87,5	100,0	
Missing	99	10	12,5		
Total		80	100,0		

Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	9	11,3	25,0	25,0
	4	8	10,0	22,2	47,2
	5 Concordo Totalmente	19	23,8	52,8	100,0
	Total	36	45,0	100,0	
Missing	99	44	55,0		
Total		80	100,0		

A associação proporciona informação/formação aos/às empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	3,1	3,1
	2	3	3,8	4,7	7,8
	3	8	10,0	12,5	20,3
	4	21	26,3	32,8	53,1
	5 Concordo Totalmente	30	37,5	46,9	100,0
	Total	64	80,0	100,0	
Missing	99	16	20,0		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as fazem todos os esforços para envolverem as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos/as, membros da família) e outras fontes de apoio natural no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	3,0	3,0
	2	3	3,8	4,5	7,6
	3	6	7,5	9,1	16,7
	4	22	27,5	33,3	50,0
	5 Concordo Totalmente	33	41,3	50,0	100,0
	Total	66	82,5	100,0	
Missing	98	1	1,3		
	99	13	16,3		
	Total	14	17,5		
Total		80	100,0		

Os membros podem escolher e mudar, se desejarem, de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	4,9	4,9
	2	6	7,5	14,6	19,5
	3	7	8,8	17,1	36,6
	4	6	7,5	14,6	51,2
	5 Concordo Totalmente	20	25,0	48,8	100,0
	Total	41	51,3	100,0	
Missing	99	39	48,8		
Total		80	100,0		

A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros (casa, comunidade, local de trabalho)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	3,1	3,1
	2	4	5,0	6,2	9,2
	3	15	18,8	23,1	32,3
	4	15	18,8	23,1	55,4
	5 Concordo Totalmente	29	36,3	44,6	100,0
	Total	65	81,3	100,0	
Missing	99	15	18,8		
Total		80	100,0		

Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	3,8	3,8
	3	3	3,8	5,7	9,4
	4	19	23,8	35,8	45,3
	5 Concordo Totalmente	29	36,3	54,7	100,0
	Total	53	66,3	100,0	
Missing	98	1	1,3		
	99	26	32,5		
	Total	27	33,8		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as da associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	5	6,3	10,0	10,0
	4	16	20,0	32,0	42,0
	5 Concordo Totalmente	29	36,3	58,0	100,0
	Total	50	62,5	100,0	
Missing	98	1	1,3		
	99	29	36,3		
	Total	30	37,5		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	1,3	1,3
	2	2	2,5	2,6	3,9
	3	8	10,0	10,5	14,5
	4	18	22,5	23,7	38,2
	5 Concordo Totalmente	47	58,8	61,8	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	99	4	5,0		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a monitorizar os progressos que fazem em direcção aos seus objectivos pessoais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	1,3	1,3
	3	11	13,8	14,7	16,0
	4	19	23,8	25,3	41,3
	5 Concordo Totalmente	44	55,0	58,7	100,0
	Total	75	93,8	100,0	
Missing	99	5	6,3		
Total		80	100,0		

Esta associação proporciona, para a comunidade, actividades de informação/formação sobre a doença mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	6	7,5	8,0	8,0
	4	16	20,0	21,3	29,3
	5 Concordo Totalmente	53	66,3	70,7	100,0
	Total	75	93,8	100,0	
Missing	99	5	6,3		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as desta associação não utilizam ameaças, subornos ou outras formas de coação para influenciar o comportamento e as escolhas dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	2,5	2,7	2,7
	3	3	3,8	4,1	6,8
	4	6	7,5	8,1	14,9
	5 Concordo Totalmente	63	78,8	85,1	100,0
	Total	74	92,5	100,0	
Missing	99	6	7,5		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as da associação encorajam os membros a arriscar e a experimentar coisas novas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	2,9	2,9
	2	1	1,3	1,5	4,4
	3	7	8,8	10,3	14,7
	4	16	20,0	23,5	38,2
	5 Concordo Totalmente	42	52,5	61,8	100,0
	Total	68	85,0	100,0	
Missing	99	12	15,0		
Total		80	100,0		

Os membros estão /podem estar envolvidos na facilitação da formação dos/as técnicos/as e noutros programas de formação da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	2,0	2,0
	3	6	7,5	11,8	13,7
	4	24	30,0	47,1	60,8
	5 Concordo Totalmente	20	25,0	39,2	100,0
	Total	51	63,8	100,0	
Missing	99	29	36,3		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as da associação têm conhecimento de grupos de interesse específico e de actividades na comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	1,8	1,8
	2	2	2,5	3,6	5,5
	3	5	6,3	9,1	14,5
	4	16	20,0	29,1	43,6
	5 Concordo Totalmente	31	38,8	56,4	100,0
	Total	55	68,8	100,0	
Missing	99	25	31,3		
Total		80	100,0		

Encontros, reuniões e outras actividades podem ser agendadas para o fim do dia ou fins de semana de modo a não coincidirem com outras actividades orientadas para o recovery, como o emprego ou a escola

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	1,7	1,7
	2	1	1,3	1,7	3,4
	3	11	13,8	18,6	22,0
	4	13	16,3	22,0	44,1
	5 Concordo Totalmente	33	41,3	55,9	100,0
	Total	59	73,8	100,0	
Missing	99	21	26,3		
Total		80	100,0		

A associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de recovery que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	1,6	1,6
	2	2	2,5	3,3	4,9
	3	4	5,0	6,6	11,5
	4	20	25,0	32,8	44,3
	5 Concordo Totalmente	34	42,5	55,7	100,0
	Total	61	76,3	100,0	
Missing	99	19	23,8		
Total		80	100,0		

Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (individual, grupo, apoio de pares, etc)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	5,0	6,7	6,7
	3	9	11,3	15,0	21,7
	4	16	20,0	26,7	48,3
	5 Concordo Totalmente	31	38,8	51,7	100,0
	Total	60	75,0	100,0	
Missing	99	20	25,0		
Total		80	100,0		

A concretização dos objectivos dos membros é formalmente reconhecida e celebrada pela associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	1,4	1,4
	2	1	1,3	1,4	2,7
	3	8	10,0	10,8	13,5
	4	19	23,8	25,7	39,2
	5 Concordo Totalmente	45	56,3	60,8	100,0
	Total	74	92,5	100,0	
Missing	99	6	7,5		
Total		80	100,0		

Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	5,0	8,0	8,0
	3	8	10,0	16,0	24,0
	4	14	17,5	28,0	52,0
	5 Concordo Totalmente	24	30,0	48,0	100,0
	Total	50	62,5	100,0	
Missing	98	1	1,3		
	99	29	36,3		
	Total	30	37,5		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as utilizam uma linguagem de recovery (esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	1,4	1,4
	3	3	3,8	4,3	5,8
	4	15	18,8	21,7	27,5
	5 Concordo Totalmente	50	62,5	72,5	100,0
	Total	69	86,3	100,0	
Missing	99	11	13,8		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	3,5	3,5
	2	2	2,5	3,5	7,0
	3	6	7,5	10,5	17,5
	4	21	26,3	36,8	54,4
	5 Concordo Totalmente	26	32,5	45,6	100,0
	Total	57	71,3	100,0	
Missing	98	3	3,8		
	99	20	25,0		
	Total	23	28,8		
Total		80	100,0		

Se a associação não tiver os recursos que permitam dar resposta às necessidades dos membros, ajuda a encontrar alternativas noutros programas e serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	3,5	3,5
	2	2	2,5	3,5	7,0
	3	5	6,3	8,8	15,8
	4	14	17,5	24,6	40,4
	5 Concordo Totalmente	34	42,5	59,6	100,0
	Total	57	71,3	100,0	
Missing	99	23	28,8		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	3,8	4,2	4,2
	3	6	7,5	8,3	12,5
	4	20	25,0	27,8	40,3
	5 Concordo Totalmente	43	53,8	59,7	100,0
	Total	72	90,0	100,0	
Missing	99	8	10,0		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	2,2	2,2
	2	2	2,5	4,3	6,5
	3	4	5,0	8,7	15,2
	4	18	22,5	39,1	54,3
	5 Concordo Totalmente	21	26,3	45,7	100,0
	Total	46	57,5	100,0	
Missing	98	1	1,3		
	99	33	41,3		
	Total	34	42,5		
Total		80	100,0		

Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	3,9	3,9
	2	1	1,3	2,0	5,9
	3	8	10,0	15,7	21,6
	4	11	13,8	21,6	43,1
	5 Concordo Totalmente	29	36,3	56,9	100,0
	Total	51	63,8	100,0	
Missing	99	29	36,3		
Total		80	100,0		

Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	1,6	1,6
	2	2	2,5	3,3	4,9
	3	6	7,5	9,8	14,8
	4	14	17,5	23,0	37,7
	5 Concordo Totalmente	38	47,5	62,3	100,0
	Total	61	76,3	100,0	
Missing	99	19	23,8		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	2	2,5	2,6	2,6
	2	2	2,5	2,6	5,1
	3	4	5,0	5,1	10,3
	4	25	31,3	32,1	42,3
	5 Concordo Totalmente	45	56,3	57,7	100,0
	Total	78	97,5	100,0	
Missing	99	2	2,5		
Total		80	100,0		

Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	1,3	1,7	1,7
	3	4	5,0	6,8	8,5
	4	22	27,5	37,3	45,8
	5 Concordo Totalmente	32	40,0	54,2	100,0
	Total	59	73,8	100,0	
Missing	99	21	26,3		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	3	3,8	5,7	5,7
	2	5	6,3	9,4	15,1
	3	5	6,3	9,4	24,5
	4	13	16,3	24,5	49,1
	5 Concordo Totalmente	27	33,8	50,9	100,0
	Total	53	66,3	100,0	
Missing	98	1	1,3		
	99	26	32,5		
	Total	27	33,8		
Total		80	100,0		

A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	7	8,8	9,3	9,3
	4	22	27,5	29,3	38,7
	5 Concordo Totalmente	46	57,5	61,3	100,0
	Total	75	93,8	100,0	
Missing	99	5	6,3		
Total		80	100,0		

A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objetivos, individualmente definidos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	1,3	1,3
	3	3	3,8	3,9	5,3
	4	19	23,8	25,0	30,3
	5 Concordo Totalmente	53	66,3	69,7	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	99	4	5,0		
Total		80	100,0		

Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	5,0	5,6	5,6
	3	3	3,8	4,2	9,9
	4	19	23,8	26,8	36,6
	5 Concordo Totalmente	45	56,3	63,4	100,0
	Total	71	88,8	100,0	
Missing	99	9	11,3		
Total		80	100,0		

O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	1,5	1,5
	3	12	15,0	17,6	19,1
	4	22	27,5	32,4	51,5
	5 Concordo Totalmente	33	41,3	48,5	100,0
	Total	68	85,0	100,0	
Missing	99	12	15,0		
Total		80	100,0		

Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o recovery e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	1,4	1,4
	3	5	6,3	7,0	8,5
	4	20	25,0	28,2	36,6
	5 Concordo Totalmente	45	56,3	63,4	100,0
	Total	71	88,8	100,0	
Missing	99	9	11,3		
Total		80	100,0		

FREQUÊNCIAS ITENS
Técnicos/as

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Teresa\Ambiente de trabalho\RecTese.sav

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade	A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros	Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais	A associação proporciona informação/formação aos/às empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental	Os/as técnicos/as fazem todos os esforços para envolverem as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos/as, membros da família) e outras fontes de apoio natural no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência
N	Valid	31	30	31	29	30
	Missing	0	1	0	2	1

Statistics

		Os membros podem escolher e mudar, se desejarem, de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles	A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros (casa, comunidade, local de trabalho)	Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual	Os/as técnicos/as da associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural	Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros
N	Valid	26	28	30	24	31
	Missing	5	3	1	7	0

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a monitorizar os progressos que fazem em direcção aos seus objectivos pessoais	Esta associação proporciona, para a comunidade, actividades de informação/formação sobre a doença mental	Os/as técnicos/as desta associação não utilizam ameaças, subornos ou outras formas de coacção para influenciar o comportamento e as escolhas dos membros	Os/as técnicos/as da associação encorajam os membros a arriscar e a experimentar coisas novas	Os membros estão /podem estar envolvidos na facilitação da formação dos/as técnicos/as e noutros programas de formação da associação
N	Valid	30	30	30	26	28
	Missing	1	1	1	5	3

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação têm conhecimento de grupos de interesse específico e de actividades na comunidade	Encontros, reuniões e outras actividades podem ser agendadas para o fim do dia ou fins de semana de modo a não coincidirem com outras actividades orientadas para o recovery, como o emprego ou a escola	A associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de recovery que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica	Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (individual, grupo, apoio de pares, etc)	A concretização dos objectivos dos membros é formalmente reconhecida e celebrada pela associação
N	Valid	30	30	30	31	29
	Missing	1	1	1	0	2

Statistics

		Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação	Os/as técnicos/as utilizam uma linguagem de recovery (esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias	Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares	Se a associação não tiver os recursos que permitam dar resposta às necessidades dos membros, ajuda a encontrar alternativas noutros programas e serviços	Os/as técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas
N	Valid	30	30	29	30	30
	Missing	1	1	2	1	1

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses	Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação	Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades	Os/as técnicos/as apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego	Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços
N	Valid	27	27	31	31	29
	Missing	4	4	0	0	2

Statistics

		Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)	A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery	A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos	Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação
N	Valid	29	29	31	30
	Missing	2	2	0	1

Statistics

		O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços	Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o recovery e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte
N	Valid	31	30
	Missing	0	1

Frequency Table

Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a estabelecer ligações na sua vizinhança e comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	9,7	9,7	9,7
	3	2	6,5	6,5	16,1
	4	10	32,3	32,3	48,4
	5 Concordo Totalmente	16	51,6	51,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

A associação proporciona serviços e programas específicos tendo em conta a cultura, experiências de vida, interesses e necessidades dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	4	12,9	13,3	13,3
	4	18	58,1	60,0	73,3
	5 Concordo Totalmente	8	25,8	26,7	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os membros têm acesso a todos os seus registos individuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	3,2	3,2	3,2
	4	5	16,1	16,1	19,4
	5 Concordo Totalmente	25	80,6	80,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

A associação proporciona informação/formação aos/às empregadores da comunidade no sentido de promover o emprego das pessoas com experiência de doença mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	3,2	3,4	3,4
	3	6	19,4	20,7	24,1
	4	11	35,5	37,9	62,1
	5 Concordo Totalmente	11	35,5	37,9	100,0
	Total	29	93,5	100,0	
Missing	98	2	6,5		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as fazem todos os esforços para envolverem as pessoas que são significativas (cônjuges, amigos/as, membros da família) e outras fontes de apoio natural no planeamento das actividades dos membros, se essa for a sua preferência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	3,2	3,3	3,3
	3	4	12,9	13,3	16,7
	4	15	48,4	50,0	66,7
	5 Concordo Totalmente	10	32,3	33,3	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os membros podem escolher e mudar, se desejarem, de técnico/a de suporte individual que trabalha com eles

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	3,2	3,8	3,8
	2	2	6,5	7,7	11,5
	3	10	32,3	38,5	50,0
	4	7	22,6	26,9	76,9
	5 Concordo Totalmente	6	19,4	23,1	100,0
	Total	26	83,9	100,0	
Missing	98	5	16,1		
Total		31	100,0		

A maioria dos serviços de suporte é proporcionada no ambiente natural dos membros (casa, comunidade, local de trabalho)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	3,2	3,6	3,6
	2	1	3,2	3,6	7,1
	3	3	9,7	10,7	17,9
	4	16	51,6	57,1	75,0
	5 Concordo Totalmente	7	22,6	25,0	100,0
	Total	28	90,3	100,0	
Missing	98	3	9,7		
Total		31	100,0		

Os membros têm a oportunidade de falar sobre os seus interesses e necessidades a nível sexual e espiritual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	6,5	6,7	6,7
	3	5	16,1	16,7	23,3
	4	11	35,5	36,7	60,0
	5 Concordo Totalmente	12	38,7	40,0	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as da associação participam regularmente em acções de formação sobre competência cultural

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	6	19,4	25,0	25,0
	2	4	12,9	16,7	41,7
	3	10	32,3	41,7	83,3
	4	4	12,9	16,7	100,0
	Total	24	77,4	100,0	
Missing	98	6	19,4		
	99	1	3,2		
	Total	7	22,6		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ouvem e apoiam as escolhas e preferências dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	3,2	3,2	3,2
	4	15	48,4	48,4	51,6
	5 Concordo Totalmente	15	48,4	48,4	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Os/as técnicos/as da associação ajudam os membros a monitorizar os progressos que fazem em direcção aos seus objectivos pessoais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	2	6,5	6,7	6,7
	4	13	41,9	43,3	50,0
	5 Concordo Totalmente	15	48,4	50,0	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Esta associação proporciona, para a comunidade, actividades de informação/formação sobre a doença mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	6,5	6,7	6,7
	3	4	12,9	13,3	20,0
	4	19	61,3	63,3	83,3
	5 Concordo Totalmente	5	16,1	16,7	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as desta associação não utilizam ameaças, subornos ou outras formas de coação para influenciar o comportamento e as escolhas dos membros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	3,2	3,3	3,3
	4	4	12,9	13,3	16,7
	5 Concordo Totalmente	25	80,6	83,3	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as da associação encorajam os membros a arriscar e a experimentar coisas novas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	6,5	7,7	7,7
	3	5	16,1	19,2	26,9
	4	14	45,2	53,8	80,8
	5 Concordo Totalmente	5	16,1	19,2	100,0
	Total	26	83,9	100,0	
Missing	98	4	12,9		
	99	1	3,2		
	Total	5	16,1		
Total		31	100,0		

Os membros estão /podem estar envolvidos na facilitação da formação dos/as técnicos/as e noutros programas de formação da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	3,2	3,6	3,6
	2	1	3,2	3,6	7,1
	3	3	9,7	10,7	17,9
	4	14	45,2	50,0	67,9
	5 Concordo Totalmente	9	29,0	32,1	100,0
	Total	28	90,3	100,0	
Missing	98	3	9,7		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as da associação têm conhecimento de grupos de interesse específico e de actividades na comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	3,2	3,3	3,3
	3	4	12,9	13,3	16,7
	4	18	58,1	60,0	76,7
	5 Concordo Totalmente	7	22,6	23,3	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	99	1	3,2		
Total		31	100,0		

Encontros, reuniões e outras actividades podem ser agendadas para o fim do dia ou fins de semana de modo a não coincidirem com outras actividades orientadas para o recovery, como o emprego ou a escola

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	7	22,6	23,3	23,3
	4	8	25,8	26,7	50,0
	5 Concordo Totalmente	15	48,4	50,0	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

A associação procura que os membros contactem com outras pessoas em processo de recovery que possam servir como modelos ou mentores, dando referências de grupos de ajuda-mútua, apoio de pares ou defesa cívica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	2	6,5	6,7	6,7
	4	9	29,0	30,0	36,7
	5 Concordo Totalmente	19	61,3	63,3	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os membros podem escolher de entre uma variedade de opções de suporte disponíveis nesta associação (individual, grupo, apoio de pares, etc)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	10	32,3	32,3	32,3
	5 Concordo Totalmente	21	67,7	67,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

A concretização dos objectivos dos membros é formalmente reconhecida e celebrada pela associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	3,2	3,4	3,4
	2	1	3,2	3,4	6,9
	3	11	35,5	37,9	44,8
	4	7	22,6	24,1	69,0
	5 Concordo Totalmente	9	29,0	31,0	100,0
	Total	29	93,5	100,0	
Missing	98	2	6,5		
Total		31	100,0		

Os membros estão/podem estar envolvidos regularmente na avaliação dos programas/actividades e dos/as técnicos/as da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	9,7	10,0	10,0
	3	6	19,4	20,0	30,0
	4	13	41,9	43,3	73,3
	5 Concordo Totalmente	8	25,8	26,7	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as utilizam uma linguagem de recovery (esperança, expectativas, respeito) nas conversas diárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	4	12,9	13,3	13,3
	4	11	35,5	36,7	50,0
	5 Concordo Totalmente	15	48,4	50,0	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as têm um papel fundamental no envolvimento dos membros em actividades que não estão relacionadas com a saúde mental, tais como grupos paroquiais, outros grupos com interesses específicos, actividades escolares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	3,2	3,4	3,4
	2	1	3,2	3,4	6,9
	3	6	19,4	20,7	27,6
	4	8	25,8	27,6	55,2
	5 Concordo Totalmente	13	41,9	44,8	100,0
	Total	29	93,5	100,0	
Missing	98	2	6,5		
Total		31	100,0		

Se a associação não tiver os recursos que permitam dar resposta às necessidades dos membros, ajuda a encontrar alternativas noutros programas e serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	15	48,4	50,0	50,0
	5 Concordo Totalmente	15	48,4	50,0	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos apoiam activamente os membros no desenvolvimento das suas carreiras e na concretização dos seus objectivos de vida, os quais vão para além da gestão e da estabilização dos sintomas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	9	29,0	30,0	30,0
	5 Concordo Totalmente	21	67,7	70,0	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as da associação são diferentes em termos de cultura, etnia, estilos de vida e interesses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Discordo Totalmente	1	3,2	3,7	3,7
	2	2	6,5	7,4	11,1
	3	4	12,9	14,8	25,9
	4	12	38,7	44,4	70,4
	5 Concordo Totalmente	8	25,8	29,6	100,0
	Total	27	87,1	100,0	
Missing	98	3	9,7		
	99	1	3,2		
	Total	4	12,9		
Total		31	100,0		

Os membros são/podem ser membros dos órgãos de direcção e gestão da associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	2	6,5	7,4	7,4
	4	7	22,6	25,9	33,3
	5 Concordo Totalmente	18	58,1	66,7	100,0
	Total	27	87,1	100,0	
Missing	98	4	12,9		
Total		31	100,0		

Na associação os membros que estão bem recebem tanta atenção como os que estão a ter dificuldades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	6,5	6,5	6,5
	3	4	12,9	12,9	19,4
	4	17	54,8	54,8	74,2
	5 Concordo Totalmente	8	25,8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Os/as técnicos/as apoiam regularmente os membros na concretização dos seus objectivos educacionais e/ou de emprego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	8	25,8	25,8	25,8
	5 Concordo Totalmente	23	74,2	74,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Os membros estão/podem ser envolvidos, em conjunto com os/as técnicos/as da associação, no desenvolvimento e implementação de novos programas e serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	4	12,9	13,8	13,8
	4	11	35,5	37,9	51,7
	5 Concordo Totalmente	14	45,2	48,3	100,0
	Total	29	93,5	100,0	
Missing	98	2	6,5		
Total		31	100,0		

Os/as técnicos/as da associação ajudam activamente os membros para que se envolvam em actividades de apoio às suas comunidades (voluntariado, serviços comunitários, associações de bairro)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	7	22,6	24,1	24,1
	4	14	45,2	48,3	72,4
	5 Concordo Totalmente	8	25,8	27,6	100,0
	Total	29	93,5	100,0	
Missing	98	2	6,5		
Total		31	100,0		

A associação proporciona oportunidades para que os membros, as famílias, os/as técnicos/as e os membros dos órgãos sociais possam aprender sobre recovery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	3,2	3,4	3,4
	4	12	38,7	41,4	44,8
	5 Concordo Totalmente	16	51,6	55,2	100,0
	Total	29	93,5	100,0	
Missing	98	2	6,5		
Total		31	100,0		

A função dos/as técnicos/as da associação é apoiar os membros na realização das suas aspirações e objectivos, individualmente definidos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	2	6,5	6,5	6,5
	4	7	22,6	22,6	29,0
	5 Concordo Totalmente	22	71,0	71,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Os critérios de saída ou participação na associação são claramente definidos e discutidos com os membros quando entram na associação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	3,2	3,3	3,3
	3	4	12,9	13,3	16,7
	4	9	29,0	30,0	46,7
	5 Concordo Totalmente	16	51,6	53,3	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		

O desenvolvimento dos interesses de tempos livres e hobbies dos membros são uma importante área dos serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	3,2	3,2	3,2
	3	3	9,7	9,7	12,9
	4	17	54,8	54,8	67,7
	5 Concordo Totalmente	10	32,3	32,3	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Os/as técnicos/as da associação acreditam que as pessoas podem atingir o recovery e fazer escolhas sobre a sua vida, inclusivamente sobre o tratamento e sobre os serviços de suporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	9	29,0	30,0	30,0
	5 Concordo Totalmente	21	67,7	70,0	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Missing	98	1	3,2		
Total		31	100,0		