



Tradução e adaptação cultural do *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)* para a versão portuguesa

Translation and cultural adaptation of *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)* for the portuguese version

*Susana Pestana^{1,2}; Ana Paula Martins^{1,3}; Ana Santana⁴; Ana Fialho⁵; Catarina Abreu⁶; Rute Mendes⁷

1 IPBeja – Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde, Departamento de Saúde, Beja, Portugal.

2 CIE – Centro de Investigação em Educação, ISPA – Instituto Universitário – Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.

3 Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.

4 Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Alentejo, Beja, Portugal.

5 Centro Paroquial e Social do Salvador de Beja, Beja, Portugal.

6 Estudante do Curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional do Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal.

7 Centro Humanitário da Cruz Vermelha Portuguesa de Tavira, Faro, Portugal.

*Autor correspondente: susana.pestana@ipbeja.pt; Departamento de Saúde, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja (IPBeja), R. Dr. José Correia Maltez 7, 7800-111 Beja, Portugal.

ORCID do autor:

Susana Pestana: 0000-0001-6102-4725; Ana Paula Martins: 0000-0003-1394-4038

Resumo

Introdução: Este estudo tem por base a tradução e adaptação cultural do *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)*, direcionado a pessoas com perturbação mental. É um instrumento de autoquestionário que avalia os estilos de vida em nove dimensões (Cuidar de si, Situação de vida, Cuidar dos outros, Estar com os outros, Situação profissional / educativa, Crenças e valores, finanças, Escolhas e Atividades que gosta de fazer). **Objetivo:** Traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa o *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)*. **Material e Métodos:** A metodologia utilizada incide em várias fases: tradução para a língua portuguesa, síntese das versões traduzidas, avaliação da síntese por peritos, pré-teste, retrotradução, síntese das retrotraduções e envio do instrumento para a autora da versão original. Foi realizada análise estatística para se obter o nível de concordância entre os peritos que realizaram a avaliação da síntese das traduções, tendo sido realizada duas vezes. Para verificação da reprodutibilidade, inter e intra-observador, a escala foi aplicada a sete pessoas com perturbação mental. **Resultados:** Feitas as alterações à escala, sugeridas pelo painel de peritos, foi feita a análise de concordância inter-juizes. Tendo em conta o coeficiente kappa, para valores em que $\kappa \geq 0,75$, obteve-se uma concordância excelente. Algumas pessoas com perturbação mental sentiram dificuldades, uma vez que algumas das questões não se aplicavam aos seus estilos de vida. **Conclusão:** As dificuldades de preenchimento poderão associar-se ao facto de que os estilos de vida são pessoais, sendo que a qualidade de vida é um conceito subjetivo e depende das experiências individuais.

Palavras-chave: Adaptação Cultural; Tradução; Perturbação Mental; Questionário *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)*; Estilos de Vida.

Abstract

Introduction: This study is based on the translation and cultural adaptation of *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)*, which was designed for people with mental disorder. It is a self-completion instrument which assesses life-styles in nine dimensions (Looking after yourself, Living situation, Looking after others, Being with others, Being in or out of work / Attending college, Beliefs and values, Finances, Choices and Activities you enjoy doing). **Objective:** To translate and culturally adapt *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)* into Portuguese language. **Material and Methods:** The methodology used focuses on several phases: the translation into the new language, synthesis of the translated versions, synthesis' assessment by experts, pre-test, back-translation, back-translations' synthesis, and submission and sending of the instrument to the author's original version. Statistical analysis was



carried out to obtain the level of agreement between the experts who assessed the translations' synthesis, which was performed twice. To check for inter and intra-observer reproducibility, the scale was applied to seven people with mental disorder. **Results:** After the changes to the scale suggested by the panel of experts, the interrater agreement analysis was performed. Considering the kappa coefficient, for values where $\kappa \geq 0.75$, an excellent agreement was obtained. Some of the people with the mental disorder found it difficult, as some of their questions did not apply to their life-styles. **Conclusion:** Difficulties in filling out the instrument may be associated with the fact that lifestyles are personal, and quality of life is a subjective concept and depends on individual experiences.

Keywords: Cultural Adaptation; Translation; Mental Disorder; The Mayers' Life-style Questionnaire (2); Lifestyles.

Introdução

A avaliação é a primeira etapa do processo em Terapia Ocupacional (TO) e centra-se na descoberta acerca daquilo que o cliente quer e necessita fazer, o que o cliente é capaz de fazer e o que já fez, bem como na identificação de todos os aspetos que suportam ou limitam a saúde, o bem-estar e a participação [American Occupational Therapy Association (AOTA), 2014]. Ocorre durante a interacção inicial e em todas as interacções subsequentes que são estabelecidas com o cliente, sendo que a sua especificidade depende do contexto da prática (AOTA, 2014).

Desta forma, a avaliação consiste, por um lado, na definição do perfil ocupacional, nomeadamente a identificação das necessidades, problemas e preocupações do cliente acerca do seu desempenho ocupacional (AOTA, 2014), sendo que também é importante ter linha de conta que nesta etapa são definidos os objetivos individuais e expectativas acerca da Terapia Ocupacional, os recursos disponíveis, os sistemas de suporte pessoal e redes sociais, bem como o motivo de referenciação (Bullock, 2014). Por outro lado, a avaliação também compreende a análise do desempenho ocupacional, através da recolha e interpretação de informação que permitirá especificar os fatores que facilitam ou inibem este desempenho ocupacional, bem como identificar quais os resultados que se esperam alcançar (AOTA, 2014).

A avaliação ocorre, tanto formal como informalmente, em todas as intervenções com o cliente (Marques and Trigueiro, 2011) e estabelece uma linha de base através da qual a mudança pode ser medida (Bullock, 2014). Compreende, assim, metodologias específicas que se focam na funcionalidade e envolvem a atividade ou a ocupação, nomeadamente checklists, escalas de desempenho ou questionários focados na ocupação ou na atividade (Bullock, 2014). A recolha e interpretação da informação, através da aplicação de instrumentos de avaliação desenvolvidos para observar, medir e questionar, permitirá conhecer, assim, os aspetos que suportam ou dificultam o desempenho ocupacional do cliente (Marques and Trigueiro, 2011).



Após alguma pesquisa dentro do objeto de estudo desta investigação, verificou-se a inexistência de instrumentos de avaliação em TO, traduzidos e adaptados para a população portuguesa, que medissem o conceito de qualidade de vida/estilos de vida, na área da saúde mental. Tendo em conta os aspetos anteriormente referidos, considerou-se pertinente a realização da tradução e adaptação cultural do instrumento *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)*.

Este instrumento é da autoria da Terapeuta Ocupacional Chris Mayers, professora universitária na Escola de Ciências da Saúde em York Saint John University, em Inglaterra e é dirigido a pessoas com perturbação mental, permitindo conhecer e avaliar a sua capacidade de insight relativamente ao seu estilo de vida. É um questionário de autopreenchimento, centrado na pessoa e que permite que a mesma identifique e priorize o que considera significativo e que está a afetar a sua qualidade de vida, no início do processo terapêutico em TO (Mayers, 2003). A ocupação é central na filosofia e prática da TO, pelo que é através do envolvimento em atividades significativas que a pessoa utiliza todo o seu potencial para aumentar a sua qualidade de vida (Mayers, 2000). O instrumento apresenta uma estrutura de nove dimensões que permitem avaliar os estilos de vida (Mayers, 2003), nomeadamente cuidar de si, situação de vida, cuidar dos outros, estar com os outros, está empregado(a) / desempregado(a) / a frequentar um estabelecimento de ensino/curso e/ou programa de formação profissional / a fazer voluntariado, crenças e valores, finanças, escolhas e atividades que gosta de fazer. O primeiro estudo do instrumento foi publicado em 2004, sendo que a nova versão, decorrente de alguns reajustes, foi publicada em agosto de 2018.

O universo do conhecimento em qualidade de vida expressa-se como uma área multidisciplinar de conhecimento que engloba, além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que privilegiam a vida das pessoas como um todo. Nesta perspetiva lida-se, assim, com inúmeros elementos do quotidiano da vida da pessoa, considerando-se não só a sua perceção e expectativas subjetivas, mas também questões a um nível mais concreto (Almeida et al., 2012). Sendo o conceito de qualidade de vida bastante abrangente, são inúmeras as suas definições e quadros teóricos subjacentes. Mayers (1995, 2000, 2003), refere a sua preferência pelo conceito estilo de vida e não qualidade de vida, considerando acerca da sua visão mais holística, privilegiando a definição deste conceito através dos autores Niemi et al. (1988). É assim consensual que a qualidade de vida se refere ao bem-estar subjetivo e satisfação pessoal de vida, incluindo a saúde física e mental, o bem-estar instrumental, as relações interpessoais estabelecidas a nível familiar e social, o trabalho e outras atividades desempenhadas na comunidade, o desenvolvimento pessoal e a sensação



de preenchimento pessoal, para além da realização de atividades recreativas. Por outro lado, Madeira et al. (2018) definem o estilo de vida como um conjunto de comportamentos construídos por cada pessoa sendo, portanto, modificáveis individualmente, consoante as escolhas de cada pessoa.

Tento em conta que o instrumento é direcionado a pessoas com perturbação mental, torna-se importante definir este conceito de saúde mental como “Um estado de bem estar no qual o indivíduo realiza o seu próprio potencial, consegue lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a comunidade onde se insere.” (World Health Organization [WHO], 2014), sendo que a sua dimensão positiva é enfatizada na definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença (WHO, 2014). De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) a saúde mental é a base do bem-estar geral, considerando a capacidade de adaptação à mudança, superação de crises, de perdas afetivas e conflitos emocionais, capacidade de reconhecer limites e sinais de mal-estar, sentido crítico e de realidade, mas também de humor, criatividade e capacidade de sonhar, estabelecer relações satisfatórias, ter projetos de vida e descobrir um sentido para a vida (DGS, s.d.). Segundo Wilcock (2006) o bem-estar pode ser visto como um fenómeno essencialmente ocupacional, em que a saúde é um recurso para viver e não um fim em si mesma. Sugere ainda que o bem-estar, através do fazer, se baseia na premissa de que, para desfrutar da saúde e do bem-estar, as ocupações das pessoas devem fornecer significado e propósito, para além de representarem um contexto para a autoestima e socialização. O leque de ocupações de uma pessoa deve incluir atividade física, desafio intelectual, experiências espirituais, de intemporalidade e significado, emocionais, individuais e sociais, esforço e relaxamento, traduzindo-se o bem-estar como o resultado de pessoas que se esforçam para alcançar seu potencial através do que fazem. Por outro lado, torna-se também importante definir o conceito de perturbação mental, uma vez que desafia as premissas subjacentes ao quadro concetual da saúde mental e conduz, inevitavelmente, nos casos mais graves, a profundas alterações do funcionamento e comportamento emocional, social e cognitivo.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), define assim a perturbação mental como “uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As



perturbações mentais estão geralmente associadas com significativo mal-estar ou défice social, ocupacional, ou noutras atividades importantes” (p. 22).

Tendo em consideração todas as repercussões que a perturbação mental pode impor na vida de uma pessoa, nomeadamente alterações ao nível da participação e do desempenho ocupacionais, é fundamental que se criem respostas diferenciadoras, como a reabilitação psiquiátrica. Este tipo de reabilitação inclui um vasto leque de intervenções que visam facilitar, pessoas com perturbação mental, a melhorar o seu funcionamento e qualidade de vida, permitindo que adquiram as competências e apoios necessários para serem bem-sucedidas no desempenho de papéis sociais, no seu ambiente. Os papéis normativos habituais incluem viver de forma independente, frequentar a escola, ter empregos competitivos, relacionar-se com familiares, ter amigos e ter relações íntimas. A reabilitação psiquiátrica enfatiza assim a independência, contrariamente à dependência em relação aos profissionais de saúde, a integração na comunidade comparativamente ao isolamento em ambientes segregados, e as preferências da pessoa com perturbação mental em vez de objetivos profissionais (Saraiva and Cerejeira, 2015). É fundamental a importância que a reabilitação assume, assim, na prestação de cuidados em psiquiatria e saúde mental, sendo que também os Terapeutas Ocupacionais reconhecem que a saúde é promovida e mantida quando os clientes são capazes de se envolver em ocupações e atividades que permitem a participação, desejada ou necessária, em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade. Assim sendo, preocupam-se não só com as ocupações, mas também com a cumplicidade de fatores que habilitam e tornam possível o envolvimento e a participação em ocupações positivas e promotoras de saúde (Willard et al., 2009). O Terapeuta Ocupacional considerará a forma como cada pessoa organiza o seu desempenho e de que forma é que as ocupações são integradas na sua vida, de uma forma competente. Os padrões de desempenho de uma pessoa dizem assim respeito aos hábitos, rotinas, papéis e rituais utilizados no processo de envolvimento em ocupações ou atividades, desenvolvem-se ao longo do tempo e podem promover ou restringir o desempenho ocupacional (Marques and Trigueiro, 2011).

O objectivo do presente estudo é traduzir e adaptar o instrumento *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)* para a língua e para a cultura portuguesas.

Material e Métodos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja. É um estudo metodológico (Fortin et al., 2009) e tendo em consideração o seu âmbito, foi realizada pesquisa no sentido de compreender quais os procedimentos a adotar, uma vez que



o processo que envolve a tradução e adaptação cultural de um instrumento de avaliação é um processo complexo (Borsa et al., 2012). Desta forma, a primeira etapa deste processo assegurou a obtenção da autorização oficial para a tradução e adaptação cultural pela autora do instrumento original (junho de 2019).

A tradução de um instrumento constitui o primeiro passo do processo de adaptação, sendo que a sua adaptação envolve os aspetos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais relativos à tradução (Hambleton et al., 2005). Por outro lado, o processo de adaptação de possibilita a comparação de dados obtidos em diferentes amostras, de diferentes contextos, permitindo uma maior equidade na avaliação, uma vez que se trata da mesma medida, que avalia o constructo a partir da mesma perspectiva teórica e metodológica (Hambleton et al., 2005).

De acordo com Borsa et al. (2012), foram realizadas sete fases consecutivas: 1) tradução do instrumento original para o novo idioma; 2) síntese das versões traduzidas; 3) avaliação da síntese por um grupo de peritos; 4) pré-teste; 5) retrotradução; 6) síntese das retrotraduções; 7) apresentação e envio do instrumento para o autor do instrumento original.

Na fase 1, a tradução foi realizada por dois tradutores independentes, fluentes no idioma de origem do instrumento e nativos do novo idioma, possibilitando uma maior dequação do processo de tradução. Foram estabelecidos contactos com uma Terapeuta Ocupacional e com uma tradutora, através do envio de carta de apresentação do estudo e consentimento livre, esclarecido e informado. Foi enviado posteriormente o instrumento de avaliação para tradução, na sua forma integral, tendo sido recebidas as duas traduções independentes.

Na fase 2 foram analisados todos os itens das duas traduções, culminando na síntese de ambas e obtendo-se a primeira versão do instrumento tradução na língua portuguesa.

Na fase 3 estabeleceram-se critérios para a escolha do grupo de peritos, nomeadamente o serem três Terapeutas Ocupacionais, a exercer a sua atividade profissional na área de prática clínica da Psiquiatria e Saúde Mental. Foram estabelecidos critérios no sentido de terem mais de 5 anos de experiência profissional nesta área, sendo que para o efeito foi estabelecido um contacto telefónico prévio, seguido do envio de carta de apresentação do estudo e consentimento livre, esclarecido e informado, via correio eletrónico. O objetivo é considerar se os termos ou expressões podem ser generalizadas para diferentes contextos e populações e se as expressões são adequadas ao público a que o instrumento se destina. Foram estabelecidos contactos com as três Terapeutas Ocupacionais através do envio de carta de apresentação do estudo e consentimento livre, esclarecido e informado, solicitando a sua contribuição para a adaptação cultural do instrumento. Foi assim desenvolvido um



documento para avaliação do nível de concordância entre juízes com o objetivo de os peritos poderem avaliar cada item do instrumento, expressar a sua opinião e sugerir eventuais alterações. Nesta fase foi feita a análise estatística dos dados para se obter o grau de concordância entre juízes, do instrumento na sua globalidade (115 itens), do questionário (93 itens) e das linhas orientadoras para o seu preenchimento (22 itens). Esta análise foi realizada no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), nomeadamente através do coeficiente do Kappa de Fleiss. Os valores do coeficiente do Kappa variam entre 0 e 1, e podem ser interpretados da seguinte forma: $\kappa < 0,4$ é pobre; $0,4 \leq \kappa \leq 0,75$ é de satisfatório a bom; $\kappa \geq 0,75$ é excelente (Fleiss et al., 2003).

Na fase 4 foi feita a aplicação do instrumento a uma pequena população que refletisse as características da amostra, nomeadamente sete pessoas com perturbação mental. Pretendeu-se verificar se os itens, as instruções e a escolha de resposta se encontrava ajustada e se o seu significado é compreendido pelos participantes. No entanto, face às circunstâncias atuais relacionadas com a COVID-19, apenas foi possível a sua aplicação a pessoas que se encontravam em regime internamento. Apresentaram-se como critérios de inclusão o diagnóstico de perturbação mental e idade compreendida entre os 18 e os 65 anos e como critérios de exclusão a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual e a Perturbação Neurocognitiva. Outro dos critérios de exclusão seria o facto de as pessoas estarem internadas, mesmo que numa fase transitória, mas o cenário de pandemia não nos permitiu ter este critério de exclusão, já que o objetivo era podermos avaliar a compreensão relativa ao conteúdo e significado dos itens e instruções de preenchimento do instrumento. Dos 7 participantes, todos eram do género feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos, com diagnóstico de esquizofrenia ($n=3$), perturbação bipolar ($n=2$), perturbação esquizoafetiva ($n=1$) e perturbação relacionada com substâncias ($n=1$) e todas em regime de internamento.

Na fase 5, a retrotradução foi realizada por dois tradutores independentes (diferentes dos que realizaram a tradução na fase 1), com o objetivo de obter duas traduções no idioma de origem, com base na versão em língua portuguesa. Foram estabelecidos contactos com um Terapeuta Ocupacional e com uma tradutora, através do envio de carta de apresentação do estudo e consentimento livre, esclarecido e informado. Foi enviado posteriormente o instrumento de avaliação para tradução, na sua forma integral, tendo sido recebidas as duas retrotraduções independentes.

Na fase 6 foram analisados todos os itens das duas retrotraduções, culminando na síntese de ambas. Esta síntese da retrotradução abrangeu todos os procedimentos de ajustamento semântico e idiomático, obtendo-se a primeira versão do instrumento no idioma de origem.



Na fase 7 foi enviada, à autora original do instrumento, a versão final da retrotradução, com o objetivo de validar se os itens apresentam a mesma essência e ideia concetual, bem como se refletem o mesmo conteúdo da versão original do instrumento.

Resultados

Depois de ultrapassadas, com sucesso, as fases 1 e 2 procedeu-se, na fase 3, à análise estatística dos dados (SPSS) para se obter o grau de concordância entre juízes do instrumento na sua globalidade (115 itens), do questionário (93 itens) e das linhas orientadoras para o seu preenchimento (22 itens), através do coeficiente do kappa de Fleiss. Numa primeira análise estatística, para a globalidade do instrumento (115 itens), $\kappa=.66$ (66%); para os itens do questionário (93 itens), $\kappa=.20$ (20%); no que repeita às linhas orientadoras (22 itens), $\kappa=.23$ (23%). Face a estes resultados, verificou-se a necessidade de efetuar alterações à versão inicial para avaliação do nível de concordância entre juízes construindo-se, assim, uma segunda versão e tendo sido enviada para os três peritos. Foi analisado, uma vez mais, o grau de concordância entre juízes e avaliaram-se também as suas diferenças ao nível do instrumento na sua globalidade, do questionário e das linhas orientadoras para o seu preenchimento. A análise estatística permitiu chegar a novos resultados, nomeadamente o aumento do grau de concordância entre juízes: globalidade do instrumento (115 itens), $\kappa=.91$ (91%); itens do questionário (93 itens), $\kappa=.95$ (95%); linhas orientadoras (22 itens), $\kappa=.90$ (91%). Tendo em conta o coeficiente kappa, para valores em que $\kappa \geq 0,75$, a sua classificação é excelente (Fleiss et al., 2003).

No que diz respeito à fase 4, na sua generalidade, os participantes sentiram alguma dificuldade no preenchimento de alguns dos itens do instrumento, sobretudo pelo facto de algumas das suas dimensões não se adequarem aos seus estilos de vida, uma vez que se encontram internados há um período significativo em termos de duração.

As fases 5 e 6 foram ultrapassadas com sucesso, sendo que na fase 7 se procedeu ao envio da versão final da retrotradução e alguns argumentos que pudessem fundamentar a escolha de determinadas designações, tendo em conta a realidade da perturbação mental em Portugal, bem como a forma como os serviços de Psiquiatria e Saúde Mental se encontram organizados. Foi também enviada a versão portuguesa do instrumento. A autora original do instrumento validou a tradução e retrotradução do instrumento em julho de 2020, após a sugestão de pequenas alterações: “You are able to” para “Are you able to” nas dimensões 1 e 8; “adequate” para “appropriate” na alínea A da dimensão 1; colocar “do you” no início das frases nas alíneas A e B e nas alíneas B e C “identical” para “similar” da dimensão 6; “living



your life feeling that you control it“ para “live feeling that you control your life” na alínea A da dimensão 8.

Discussão

No presente estudo efetuou-se a tradução e adaptação cultural do instrumento *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)*.

Todas as fases que antecederam a realização do pré-teste (fase 4) foram alcançadas com sucesso. Procedeu-se à análise estatística, através do SPSS, da informação recolhida dos sete questionários, inserindo-se todos os dados e respostas na base de dados construída para o efeito. O tratamento estatístico dos dados permitiu verificar que pela ausência de resultados, não foi exequível a realização da análise exploratória do questionário.

A não obtenção de resultados poderá ser explicada pelo facto de a amostra ser reduzida (sete pessoas com perturbação mental), bem como pelo facto de haver alguns itens no instrumento por preencher. Foi considerado que a ausência de resposta em alguns dos itens se relaciona com o facto de não se adequarem aos estilos de vida das pessoas com perturbação mental (todos os participantes encontravam-se em valência de internamento).

A autora do instrumento original, Chris Mayers, não realizou nenhum tratamento estatístico para validar o questionário para a população inglesa, justificando esta tomada de decisão pelo facto de que os estilos de vida de cada pessoa são pessoais e subjetivos e pela percepção que cada pessoa tem relativamente aos mesmos. Por outro lado, referiu também que sendo este um instrumento que vai sofrendo alterações ao longo do tempo, cada grupo de trabalho que se envolve no processo de tradução, adaptação cultural e contributo para a validação, poderá investir nessa análise inferencial. Desta forma, a avaliação das propriedades psicométricas do questionário encontra-se atualmente em fase de prossecução.

Procedeu-se à análise das características da população que preencheu os questionários, com o objetivo de tentar averiguar as razões que pudessem explicar a ausência de preenchimento de alguns dos itens. Foi possível verificar que as sete pessoas com perturbação mental mostraram dificuldade em preencher alguns dos itens de algumas das dimensões/areas: 1. Cuidar de si [e) fazer as suas compras no que diz respeito à alimentação; j) fazer jardinagem de uma forma que o(a) satisfaça (se tiver um jardim e gostar de jardinagem); n) utilizar os transportes públicos sozinho(a); o) conduzir um automóvel, se tiver carta de condução]; 4. Estar com os outros [h) sente que ele / ela lhe dá o apoio que necessita]; 5. Está empregado(a) / desempregado(a) / a frequentar um estabelecimento de ensino/curso e/ou programa de formação profissional / a fazer voluntariado [a) tem um emprego remunerado; b)



tem um emprego protegido; c) faz algum tipo de trabalho voluntário; e) se é estudante, consegue ir regularmente ao estabelecimento de ensino/curso e/ou programa de formação profissional; f) se está empregado(a) ou num estabelecimento de ensino/curso e/ou programa de formação profissional, é capaz de trabalhar/estudar]; última questão do questionário - Tendo preenchido este questionário, por favor volte atrás e assinale com “x” as áreas que mais o preocupam. É importante refletir que este instrumento de avaliação não se adequa a pessoas que se encontram em internamento há um período significativo das suas vidas, o que terá conduzido ao pobre ajustamento dos itens do instrumento à organização da sua vida diária, em termos de participação ocupacional.

Por outro lado, o estudo obteve excelentes resultados na avaliação do nível de concordância entre juizes, para $\kappa \geq 0,75$ (Fleiss et al., 2003), o que nos permite afirmar que o instrumento mede o que se propõe medir.

Uma das limitações do estudo relaciona-se com o facto de não ter sido possível, até ao momento, avaliar as propriedades psicométricas do questionário e fazer um contributo para sua validação para a população portuguesa. No entanto, este estudo encontra-se, neste momento, a ser realizado, pelo que se prevê que os resultados da análise estatística possam antever que este poderá ser um instrumento a ser utilizado nos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal.

Conclusão

O instrumento *The Mayers' Life-style Questionnaire (2)* permite uma avaliação centrada na pessoa, na medida em que a pessoa identifica e prioriza o que é significativo para si, no início do processo terapêutico. Estes elementos permitirão que quer a pessoa, quer o Terapeuta Ocupacional, reconheçam o que é significativo para a própria e quais as áreas que estão a afetar a sua qualidade de vida. A pertinência deste estudo relaciona-se com a ausência de questionários que permitam avaliar a capacidade de insight da pessoa com perturbação mental relativamente aos seus estilos de vida. Desta forma, é um instrumento que pode contribuir para uma maior consciência crítica da pessoa com perturbação mental relativamente às diversas dimensões que são avaliadas e que mudanças poderão ser introduzidas ao nível do processo terapêutico. Por outro lado, poderá ampliar a perceção do Terapeuta Ocupacional acerca das pessoas a quem presta cuidados e permitirá criar respostas diferenciadoras de intervenção. O estudo acerca das suas propriedades psicométricas será fundamental, na medida em que caso se obtenham resultados estatísticos robustos, poderá integrar a prática clínica do Terapeuta Ocupacional, no domínio da avaliação



e nortear algumas tomadas de decisão no planejamento da intervenção, em conjunto com a pessoa e o que considera significativo para si.

Referências Bibliográficas

- Almeida M, Gutierrez G, Marques R. Qualidade de Vida. Edições EACH, São Paulo, 2012.
- American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process 3rd Edition. *American Journal of Occupational Therapy* **68** (Suppl. 1):S1– S48, 2014.
- American Psychiatric Association. DSM-5. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Climepsi Editores, Lisboa, 2013.
- Borsa J, Damásio B, Bandeira D. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia* **22**:423-432, 2012.
- Bullock A. Assessment and outcome measurement. In: Creek's occupational therapy and mental health, Creek J, Lougher, L (ed). Churchill Livingstone Elsevier, London, 72-85:2014.
- Direção-Geral da Saúde . (s.d.). Porque se fala em saúde mental? Disponível em: https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/8aude-de-a-a-z/programa-nacional-para-saude-mental/perguntas-erespostas.aspx?fbclid=IwAR1uO54vyLit2jjJkEmhkvjvDRjYwGGx2RS-y6corQ_VE3bW2wNi_UlHg, consultado em 13-05-2020.
- Fleiss J, Levin B, Paik M. Statistical methods for rates and proportions. John Wiley & Sons, New Jersey, 2003.
- Fortin M-F, Côté J, Filion, F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidata, Loures, 2009.
- Hambleton R, Merenda P, Spielberger C. Adapting educational and psychological tests for cross-Cultural assessment. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 2005.
- Madeira F, Filgueira D, Bosi M, Nogueira J. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde e Sociedade* **27**:106-115, 2018.
- Marques A, Trigueiro M. Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo. Livpsic, Porto, 2011.
- Mayers C. Defining and assessing quality of life. *British Journal of Occupational Therapy* **58**:146-150, 1995.
- Mayers C. Quality of life: Priorities for people with enduring mental health problems. *British Journal of Occupational Therapy* **63**:591-597, 2000.
- Mayers C. The development and evaluation of the Mayers's life-style questionnaire. *British Journal of Occupational Therapy* **66**:388-395, 2003.
- Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* **19**: 1101-1107, 1988.
- Saraiva C, Cerejeira J. Psiquiatria Fundamental. Lidel, Lisboa, 2015.
- Wilcock A. An occupational perspective of health. Slack Incorporated, Thorofare, NJ, 2006.
- Willard H, Crepeau E, Cohn E, Schel B. Willard and Spackman's Terapia Ocupacional. Guanabara Koogan LTDA, Rio de Janeiro, 2011.
- World Health Organization. Mental health: a state of well-being. Disponível em: http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en/, consultado em 13-05-2020, 2014.