



**LSPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A integração comunitária de  
pessoas com experiência de  
doença mental através do  
emprego apoiado – Estudo  
Comparativo

Ana Rita Pereira da Silva

**Orientador de Dissertação:**

Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas

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

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Comunitária

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de José H. Ornelas, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Comunitária

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor José H. Ornelas, pela inspiração, reflexão e orientação neste trabalho. E ainda por ir sempre mais além tornando possíveis os desafios constantes.

À Dra. Teresa Duarte, pela sua generosidade e confiança depositada em mim.

À Dra. Fátima Jorge Monteiro, pelo seu apoio e disponibilidade.

Ao João Miguel, pelo entusiasmo com este projecto.

À minha mãe, pelo apoio incondicional, a toda a minha família, amigas e amigos, pelos incentivos constantes.

À colega Tânia Mesquita, pelo elevado contributo de reflexão teórica, pela troca constante do conhecimento, por vezes via *skype*, por todo o apoio que me deu neste processo solitário e pela sua abordagem verdadeiramente colaborativa. À Patrícia Jacob, por me acompanhar neste processo de metamorfose. À Lúcia Oliveira, ao Luís Sá Fernandes, à Sónia Amaral, ao Paulo Martins, à Inês Almas, à Florisbela Soares, à Sónia Militão, à Rosa Lopes e à Andreia Caires, pelas reflexões que fomos fazendo e por partilharem comigo o gosto pelo que fazemos.

A todos(as) os(as) participantes da AEIPS.

À RUMO, em particular ao Dr. Augusto Sousa, à Dra. Mónica Leonardo, ao Dr. Rui Grilo e a todos(as) os(as) os participantes que colaboraram neste estudo.

E ainda, a todas as pessoas que conseguiram um emprego através do emprego apoiado.

## RESUMO

**Objectivo:** Neste estudo pretendeu-se comparar os níveis de integração comunitária de utilizadores de serviços de saúde mental comunitários, integrados profissionalmente através de programas de emprego apoiado com utilizadores que não estão integrados profissionalmente, e ainda identificar os factores sociodemográficos que influenciam a integração comunitária. **Método:** Este estudo utilizou um método comparativo através de uma análise quantitativa. Participaram 62 utilizadores, recrutados através de uma selecção por conveniência. Ambos os grupos de utilizadores integrados e não integrados profissionalmente são constituídos por 31 participantes. Para medir a integração comunitária em termos das suas três dimensões (física, social e psicológica), utilizaram-se vários instrumentos e uma escala de sintomas. **Resultados:** Os resultados indicam uma similitude nos resultados de integração comunitária nos dois grupos. Encontraram-se diferenças significativas ao nível da experiência de trabalho entre os dois grupos e uma correlação positiva entre as subescalas utilizadas. No que se refere à caracterização da integração comunitária através de aspectos sociodemográficos, foram encontradas diferenças significativas no género, nos escalões etários e nas habilitações literárias. Encontraram-se também diferenças significativas na escala de sintomas relativamente ao diagnóstico psiquiátrico e à situação habitacional. **Conclusões:** O facto dos participantes deste estudo serem utilizadores de organizações de saúde mental orientadas para o recovery e para a integração comunitária, pode justificar a semelhança nos resultados de integração nos dois grupos. Assinala-se assim, a importância de promover programas orientados para a integração comunitária, como o emprego e educação apoiada e a habitação independente com vista a mudanças transformativas que podem ser alvo de pesquisa para futuras intervenções.

**Palavras-chave:** integração comunitária; pessoas com experiência de doença mental; emprego apoiado

## **ABSTRACT**

**Objective:** This study aimed to compare the levels of community integration of mental health service users, work integrated and non-work integrated through supported employment programs and also identify the sociodemographic factors that influence community integration. **Method:** This study used a comparative method through a quantitative analysis. 62 users participated, recruited by a selection for convenience. Both groups are composed by 31 participants. In order to measure community integration's three dimensions (physical, social and psychological), were applied several instruments and a scale of symptoms. **Results:** The results indicate a similarity in community integration levels between the two groups. It was found significant differences in the work experience between the two groups and a positive correlation between the subscales used. Concerning community integration characterization through sociodemographic aspects, significant differences were found in gender, age groups and education. There were also significant differences in the scale of symptoms, regarding the psychiatric diagnosis and housing situation. **Conclusions:** The similarity in the results of integration may be justified by both groups in this study being users of mental health organizations recovery-oriented towards community integration. The importance of promoting programs aimed at community integration such as supported employment and education and independent housing for transformative changes that may be the focus of research for future interventions is highlighted.

**Keywords:** community integration; people with psychiatric disabilities; supported employment

# ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	1
ARTIGO EMPÍRICO	3
ANEXO (I)	37
REVISÃO DA LITERATURA	37
MÉTODO	56
RESULTADOS	65
DISCUSSÃO	75
REFERÊNCIAS	83
ANEXO (II)	90

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

	Página
Figura 1 - Resultados da Integração Comunitária	42
Figura 2 – Modelo de Emprego Apoiado em Portugal	45
Figura 3 - Direitos e necessidades de acordo com a rede nacional de pessoas com doença mental	46
Tabela 1 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes	61
Tabela 2 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes por grupo	65
Tabela 3 – Diferenças entre médias nas medidas de integração comunitária aplicadas: TUCP, sub-escala das redes sociais da CIQ-R e SCI-2 nos dois grupos:	67
Tabela 4 – Resultados dos Testes T dos instrumentos: TUCP, CIQ-R, CSI e SCI-2 nos dois grupos (Somadas)	67
Tabela 5 – Coeficiente de correlação de Pearson entre as medidas de integração comunitária em 62 participantes	70
Tabela 6 – Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) em função do género (N=62)	71
Tabela 7 – Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) e da escala de sintomas (CSI) em função do diagnóstico psiquiátrico (N=62)	71

Tabela 8 – Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) e da escala de sintomas (CSI) em função do diagnóstico psiquiátrico (N=62)	72
Tabela 9 – Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) e da escala de sintomas (CSI) em função da situação habitacional (N=62)	73
Tabela 10 – Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) e da escala de sintomas (CSI) em função das habilitações literárias (N=62)	74

## INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no âmbito de uma tese de dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária, elaborado no formato de artigo empírico e pretende ser um contributo para o estudo da integração comunitária de pessoas com experiência de doença mental a partir da sua integração profissional através do emprego apoiado. Nos últimos anos a integração comunitária surgiu como um novo paradigma na saúde mental. No entanto, viver na comunidade não é sinónimo de integração comunitária, sendo necessária uma visão mais transformadora da mesma. Este paradigma tem vindo a ser proposto como linha orientadora do planeamento dos serviços e das políticas públicas de saúde mental. Neste sentido o emprego é uma das questões fundamentais dos direitos civis, no entanto apenas um pequeno número de pessoas com experiência de doença mental tem acesso a este recurso. Desta forma, o objectivo deste estudo é assinalar a importância da integração profissional através do emprego apoiado na integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental.

Durante vários séculos a doença mental foi incompreendida, fazendo com que as pessoas com problemas desta natureza fossem privadas do contacto social e mantidas em ambientes segregados (Thomas Szasz, 1961). Actualmente, devido ao desenvolvimento e evoluções realizadas na saúde mental, quer ao nível da psicologia comunitária, quer em termos socioculturais, as pessoas com doença mental têm a possibilidade de desenvolver uma vida social como a população geral. A abordagem comunitária da saúde mental, defende assim a importância dos factores sociais no *recovery* das pessoas com doença mental, destacando o princípio da integração comunitária destas pessoas (Aubrey & Myner, 2009). A integração comunitária de pessoas com doença mental, de uma forma geral refere-se à sua capacidade de cumprir as actividades da vida diária na comunidade (integração física), de estabelecer interacções com outros membros da comunidade (integração social), e de perceber um sentimento de pertença em relação às suas comunidades (integração psicológica) (Aubrey & Myner, 2009). Salzer e Baron (2006) definem integração comunitária como a oportunidade das pessoas viverem na comunidade e ser valorizado pela sua singularidade e habilidades, como todas as outras. Os autores especificam ainda que, a oportunidade precisa de ocorrer nos seguintes domínios de integração comunitária: habitação, emprego, educação, saúde, lazer, espiritualidade, cidadania, funções sociais, suporte entre pares e autodeterminação. Para estes autores, ter maior oportunidade nestes domínios resultará em maior probabilidade de participação (actividade) em cada domínio e a um maior sentimento de presença na comunidade, levando a um aumento do bem-estar e do *recovery*.

Entre a literatura desta área destaca-se o modelo de integração comunitária de Wong e Solomon (2002) que, com base em vários autores, criou uma definição ampla de integração comunitária, composta pelas já referidas dimensões física, social e psicológica.

Dada a importância da integração comunitária em saúde mental e a escassez de estudos neste âmbito, torna-se pertinente investir em conhecer melhor esta temática.

Embora as políticas de saúde mental tenham vindo a enfatizar a importância da participação na comunidade das pessoas com experiência de doença mental, existe pouca literatura que examine as propriedades psicométricas de medidas de participação comunitária com esta população (Salzer, Brusilovskiy, Prvu-Bettger & Kottsieper, 2014).

Relativamente à empregabilidade, Burke-Miller, Cook, Grey, Razzano, Blyler, Leff e Hoppe (2006), referem que as pessoas com doença mental apresentam taxas elevadas e desproporcionais de desemprego, comparadas com a população geral. Estes autores referem que a proporção de adultos em idade activa, definidos como não trabalhando e não estando à procura de trabalho, é o dobro da população geral. Ao mesmo tempo, vários estudos demonstram que as pessoas com doença mental querem e conseguem trabalhar de forma produtiva, em empregos competitivos e contextos integrados (Drake, Bond & Becker, 2012; Burke-Miller et al. 2006).

A pesquisa baseada em evidência no campo da saúde mental comunitária, indica que o emprego apoiado, e modelos similares, são eficazes no apoio a pessoas com doença mental, na obtenção de empregos competitivos na comunidade (Drake et al., 2012; Burke-Miller et al. 2006).

No sentido de compreender como alcançar resultados de emprego, as pesquisas desenvolvidas nesta área nos últimos anos têm tentado identificar os factores demográficos que podem ser preditores da probabilidade de obter emprego, nas pessoas com doença mental (Burke-Miller et al. 2006). Segundo estes autores, das pesquisas efectuadas nos últimos anos, um grupo de características demográficas emergiu enquanto factores frequentemente relacionados com o sucesso de programas de emprego, como: a idade, o género, a raça, a história profissional e a educação.

Segundo Nelson, Lord e Ochocka (2001) e Nelson, Kloos e Ornelas (2014b), os serviços de saúde mental comunitários são necessários para desenvolver o *empowerment* e as abordagens orientadas para o *recovery*, desafiando as estruturas e os processos tradicionais em saúde mental. Esta transformação destina-se a facilitar a integração comunitária, o *recovery* e fortalecer a participação, bem como o poder social e político das pessoas com experiência de doença mental que usam esses serviços (Ornelas, Vargas-Moniz & Duarte, 2010).

Este trabalho foi realizado em duas organizações de base comunitária que seguem o modelo de emprego apoiado de colocação individualizada em meio competitivo e utilizou uma metodologia de inquérito por questionário, pretendendo-se conhecer o modo como a integração profissional de pessoas com experiência de doença mental em empresas abertas da comunidade promove a sua integração comunitária. Pretende-se assim, com os resultados desta investigação, assinalar a importância do emprego na integração comunitária das pessoas com doença mental.

Neste estudo procede-se à caracterização da integração comunitária de dois grupos de pessoas com experiência de doença mental, em função da sua situação profissional e à subsequente comparação dos mesmos. Será ainda fonte de análise a caracterização dos níveis de integração comunitária em função de variáveis sociodemográficas. Relativamente ao objectivo do estudo, irá procurar-se compreender os impactos da integração profissional na integração comunitária de pessoas com doença mental, a nível físico, social e psicológico, como apresentado por Salzer (2010), Callaway, Winkler, Tippett, Migliorini, Herd e Willer, (2014) e Chavis, Lee e Acosta (2008).

O presente trabalho desenvolve-se em torno de dois eixos principais articulados entre si. O primeiro eixo consiste num artigo empírico, apresentado em inglês, com uma secção de introdução teórica e o desenvolvimento da temática em questão, incluindo uma secção referente ao método utilizado em que se procede à descrição do procedimento, dos instrumentos e dos participantes, uma secção de análise e resultados e, por último, uma secção de discussão, que inclui as respectivas conclusões. O segundo eixo deste trabalho refere-se a uma secção de anexos, que incluem uma revisão de literatura mais extensa, assim como uma descrição mais aprofundada do método, análise e discussão dos resultados no âmbito da Psicologia Comunitária. Este estudo apresenta uma metodologia quantitativa, com objectivos de investigação e mudança transformativa, que pretende produzir implicações para a intervenção nos serviços de saúde mental.

## **ARTIGO EMPÍRICO**

### **Community integration of people with psychiatric disabilities through supported employment – Comparative Study**

#### **ABSTRACT**

*Objective: This study aimed to compare the levels of community integration of mental*

*health service users, work integrated and non-work integrated through supported employment programs and also identify the sociodemographic factors that influence community integration. Method: This study used a comparative method through a quantitative analysis. 62 users participated, recruited by a selection for convenience. Both groups are composed by 31 participants. In order to measure community integration's three dimensions (physical, social and psychological), were applied several instruments and a scale of symptoms. Results: The results indicate a similarity in community integration levels between the two groups. It was found significant differences in the work experience between the two groups and a positive correlation between the subscales used. Concerning community integration characterization through sociodemographic aspects, significant differences were found in gender, age groups and education. There were also significant differences in the scale of symptoms, regarding the psychiatric diagnosis and housing situation. Conclusions: The similarity in the results of integration may be justified by both groups in this study being users of mental health organizations recovery-oriented towards community integration. The importance of promoting programs aimed at community integration such as supported employment and education and independent housing for transformative changes that may be the focus of research for future interventions is highlighted.*

*Keywords: community integration; people with psychiatric disabilities; supported employment*

## **1. INTRODUCTION**

Community integration of people with psychiatric disabilities through supported employment is a relatively recent area and few explored in literature, which has been showing positive repercussions on their recovery and quality of life. There is insufficient data on the impact of professional status on the community integration of adults with people with psychiatric disabilities and little is known about the effects of the supported employment model on individualized placement in a competitive environment. Employment has been recognized as an important element in the community integration of people with psychiatric disabilities, and supported employment programs have been developed to maximize their integration into the community.

Salzer and Baron (2006) define community integration as the opportunity to live in the community, and be valued for one's uniqueness and abilities, like everyone else. They

also specify that opportunity needs to occur in the following community integration domains: housing, employment, education, health, leisure, spirituality, citizenship, social roles, peer support, and self-determination. These authors propose that increasing opportunity in these domains will result in a greater likelihood of participation (activity) in each domain, increasing sense of belonging in the community, and ultimately increasing well-being and recovery.

In the definition of community integration proposed by Wong and Solomon (2002), the authors comprises the physical integration, referring to the extent to which people with psychiatric disabilities spend their time outside their homes, participate in community activities and use the community resources by their own initiative; social integration, encompassing two sub-dimensions – interaction and social network, referring to how individuals with psychiatric disabilities engage in social interactions with other members of their community in normative contexts (Wong & Solomon, 2002). According to those authors, the assessment of this dimension must be carried out in terms of quantity and quality of those interactions. The social network dimension assesses the extent to which individuals' social network has an adequate size and a variety of social roles, and if the social relations of the person with psychiatric disabilities reflect a positive support (of reciprocity, instead of stress and dependence) (Wong & Solomon, 2002); and psychological integration, that consist on how the individuals see themselves as members of their community, expressing an emotional connection to their neighbors, believing in their own capacity to satisfy their needs through their neighborhood, as well as exercising influence over their community (Aubry & Myner, 2009; McMillan & Chavis, 1986).

Regarding employment, Burke-Miller, Cook, Gray, Razzano, Blyler, Leff and Hoppe (2006) report that people with psychiatric disabilities have high and disproportionate rates of unemployment compared to the general population. Burke-Miller et al., (2006), report that the proportion of adults in active working age, defined as not working and not looking for work, is double the general population. At the same time, several studies have shown that people with psychiatric disabilities want and are able to work productively, in competitive jobs, in integrated contexts (Drake, Bond, & Becker, 2012; Burke-Miller et al., 2006).

Evidence-based research in the field of community mental health indicates that supported employment and similar models are effective in supporting people with psychiatric disabilities in obtaining competitive jobs in the community (Drake et al., 2012; Burke-Miller et al., 2006).

In order to understand how to achieve employment outcomes, research in these areas has attempted to identify the demographic factors that can be predictors of the probability of obtaining employment in people with psychiatric disabilities (Burke-Miller et al., 2006). According to Burke-Miller et al. (2006), from the surveys carried out in recent years, a group of demographic characteristics emerged as factors frequently related to the success of employment programs, such as: age, gender, race, professional history and education.

This work was carried out in two community-based organizations, named AEIPS and RUMO, that follows the model of supported employment through individualized placement in a competitive environment, and used a questionnaire survey methodology, intending to know how the professional integration of people with psychiatric disabilities in the open labor market promotes their community integration. With the results of this research, we intend to point out the importance of employment in the community integration of people with psychiatric disabilities.

### **1.1 Community, community integration and mental health**

In the concept of community, as referred by McMillan & Chavis (1986), this can have geographical boundaries, being defined through its physical limits and on the other hand, due to the various systems in which the individual interacts, these are integrated as being their relational community. Some examples of relational communities are the university, the workplace, the virtual community where the person interacts, among others.

The perspective of this work focuses on community integration, as a unifying concept that provides guidance and vision for the community mental health of people with psychiatric disabilities (Bond, Salyers, Rollins, Rapp, & Zipple, 2004). Community mental health approach, revealed the benefits of intervening in the field of mental health in community terms, (Ornelas, 2008). The results of a study developed by Jorge-Monteiro and Ornelas (2016), showed that participants who benefit from a Community-centered approach have been more involved in recovery-oriented empowerment programs and have attained higher levels of personal fulfillment and hope, empowerment and community integration.

According to Ornelas (2008), the challenge of community mental health is to develop paradigms that promote alternatives in communities so as to ensure the access of people in disadvantage to resources. In a study developed by Taylor et al. (1987, cited by Ornelas, 2008) it has been found that solving the needs of the disadvantaged person must undergo on an individualized approach with a focus on solving problems related to housing, employment and social relations.

Thus, community integration can be described as "... *the circumstance that individuals with disabilities live, work and lead their daily lives without distinction and with the same opportunities as individuals without disabilities*" (Bond et al., 2004, p. 570).

In the literature on community integration, the model proposed by Wong and Solomon (2002), presents the construct of community integration as a multidimensional concept composed of physical integration (access to community resources and activities), social integration (integrated interactions) and psychological integration (feeling of community). In addition to these characteristics, it is important to highlight the impact that community integration has on the recovery processes of people with psychiatric disabilities. For example, in the area of employment, a goal of recovery for many users is competitive employment, matching with personal preferences. These three elements, competitive employment, correspondence with personal preferences and satisfaction at work have been defined, operationalized and measured (Bond et al., 2004). A study by Onken et al. (2002, cited by Bond et al., 2004) concluded that community integration often facilitates recovery.

At present, community integration of people with severe mental illness begins to be a value, a principle and one of the main goals of community mental health policies (Wong and Solomon, 2002), and we will then discuss its historical context.

## **1.2 Community integration historical context**

The concept of community integration emerged from the Danish normalization movement in the 1950s for people with intellectual and developmental disabilities (Salzer & Baron, 2014). According to Wolfensberger (1972, cited by Ornelas, 2008), the goal of normalization was to integrate these people into the community (school, housing, employment and recreational activities) based on their non-devaluation relative to the rest of the population. The normalization movement has promoted the design of human services so as to promote the functioning of persons with disabilities as acceptable in their society. Nirje (1980, cited by Salzer & Baron, 2014) defines normalization in terms of "*making accessible to all people with intellectual disabilities, standards and living conditions as close as possible to the way of life of society*" (p.232). In addition to valuing individual capacities, this approach highlights the connection of people with the social contexts in which they interact (Ornelas, 2008). Following normalization, Wolfensberger (1985, cited by Aubry, Flynn, Virley & Neri, 2013) stated that people with disabilities needed to access valued social roles within the community. This new conceptualization emphasized the critical importance of improving society's perception of people with disabilities by supporting them to achieve physical and

social integration in the community and outside the treatment environment (Aubry, et al., 2013). The main mechanisms for creating these valued social roles are the promotion of social programs in areas such as housing, employment and education (Aubry, et al., 2013). Community integration is thus understood as the opportunity for people to fully participate in the community, to the same extent as other citizens (Salzer & Baron, 2014).

A powerful and persuasive movement for the rights of persons with disabilities emerged from this new way of seeing disability and was successfully defended in the United States by the Americans with Disabilities Act (ADA: 1990, cited by Salzer & Baron, 2014), which requires governments to give people with disabilities equal opportunities to benefit from all programs, services and activities (education, employment, vote, transport, leisure, etc.) as well as the framework for community integration into law. Following this movement, questions were raised about the applicability of the ADA to people with psychiatric disabilities, reflecting a potential for segregation within the community with disabilities. In 1999, the US Supreme Court with what became known as the Olmstead Decision, ruled in favour of Elaine Wilson and Lois Curtis. These two women, with psychiatric disabilities and developmental disability, complained that they had been unfairly confined to an institution rather than allowed to live in a community context. The Court concluded that unnecessary institutionalization is a form of discrimination prohibited by the Americans with Disabilities Act (Salzer & Baron, 2014). The result of this legislative act was to establish community integration as an inherent right for all people who have experienced disability, generalizing their right to life, studying, working and having fun in the same way as people without disabilities. "*Olmstead vs. L. C. (1999) is considered one of the most significant civil rights decisions of the twentieth century*" (Zubrinisky & Mullahy, 2006, p. 131).

It is within the context of these historical events that a definition of community integration suggested by Salzer and Baron (2014), emerges as "*the opportunity to live in the community and be valued for its uniqueness and skills as anyone*" (p. 232), as well as the notion that it is the promotion of opportunities that facilitates community participation, well-being and recovery.

The social or contextual model of disability does not negate disability but recognizes that disability or limited activity results from a society that fails to secure opportunities to access full and meaningful roles for all its citizens. Disability is seen as the result of an individual-environment interaction that does not maximize opportunities for total community participation (Salzer & Baron, 2014). From this point of view, unemployment experienced by a person diagnosed with schizophrenia is seen as a result of the reciprocal action between

individuals with disabilities and the environment, which may not promote opportunities for the person to work to the best of his capabilities. The environment is seen as the source of disability / limitation. Similarly, an environment that invalidates is one that discriminates individuals with disabilities and discourages them from participating in the life of the community. The disability from the point of view of the social model is not something that someone is (person with mental illness), but something that is experienced by (person with mental illness experience) (Salzer & Baron, 2014).

### 1.3 Community Integration and supported employment for people with mental illness in Portugal

In the area of vocational rehabilitation, projects of vocational training, sheltered employment, supported employment and social firms have emerged since the early 1990s, with the support of community funds and the Institute for Employment and Vocational Training (IEFP), opening the way for the professional rehabilitation of people with psychiatric disabilities (<http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>).

Figure 1, shows the development of the Supported Employment model in Portugal.

<b>90s</b>	Marks the beginning of the model implementation in Portugal, highlighting the contribution of AEIPS (IPSS) for people with psychiatric disabilities and RUMO (Social Solidarity Cooperative) for people with disabilities;
<b>1992-94</b>	<p><b>Horizon Program</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- It made a decisive contribution to the development of the Supported Employment model in our country, allowing the realization of projects in partnership with other European countries;</li> <li>- It gave rise to EUSE (1993) - European Union of Supported Employment which is a non-governmental organization, recognized by the European Commission and which brings together and represents this movement in Europe. It has 19 country members, including Portugal.</li> <li>-The dynamics generated by this project led to the creation of the Portuguese Association of Supported Employment (APEA) (<a href="http://www.empregoapoiado.com/">http://www.empregoapoiado.com/</a>).</li> </ul>
<b>1993</b>	- The first Portuguese supported employment conference in FIL, promoted by AEIPS, with the collaboration of RUMO, with the participation of numerous representations of several European countries and the US ( <a href="http://www.empregoapoiado.com/sobre-1-c1mif">http://www.empregoapoiado.com/sobre-1-c1mif</a> ).
<b>2004</b>	<p><b>APEA</b> - Portuguese Supported Employment Association is created</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Its goals are the development and dissemination of this methodology, investing primarily in the areas of research, professional training and processes of improvement</li> </ul>

	and quality certification. The adhesion of the business associations to this organization has allowed to consolidate this fundamental strategic partnership and to deepen the themes of diversity and corporate social responsibility ( <a href="http://www.empregoapoiado.com/">http://www.empregoapoiado.com/</a> ).
<b>2004-2007</b>	<b>Supported Employment Project</b> - Equal Community Initiative (2006), extended the model to other groups at a disadvantage.
<b>2005-2007</b>	<b>Nautilus Project - Community Initiative Equal</b> - The mission of this project, called Supported Employment (2006), is the generalization of the Supported Employment model, increasing access to the open labor market of disadvantaged people.
<b>2009</b>	<b>Law 290/2009</b> It establishes the technical and financial concession regime for the development of employment policies and support for qualification and enshrines the various forms of professional integration of people with disabilities. ( <a href="https://dre.pt/application/file/a/491623">https://dre.pt/application/file/a/491623</a> , retrieved on 11/17/2016)
<b>Presently</b>	<b>Supported Employment is an international movement</b> to defend the human rights of people with disabilities and mental illness and other groups at a disadvantage ( <a href="http://www.emplogoapoiado.com/">http://www.emplogoapoiado.com/</a> ).

**Figure 1 – Supported Employment Model in Portugal.**

The beginning of IIEFP's (Portuguese Institute of Employment and Professional Development) collaboration with the mental health area in the 1990s, financing the programs of vocational training, sheltered employment, insertion and supported employment, developed by the IPSS, contributed to the predominance of these interventions as a whole ([http://www.inr.en/bibliopac/diplomas/rcm\\_0049\\_2008.htm](http://www.inr.en/bibliopac/diplomas/rcm_0049_2008.htm)).

The Report of the National Commission for the Restructuring of Mental Health Services (2007-2016) also refers to the need to diversify support for the training and professional integration of people with psychiatric disabilities and to adjust the criteria of conception and financing to more integrated and integrative contexts, such as supported employment, work placements in companies, part-time work, more flexible post-employment support, among others (<http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007>, Pdf).

#### **1.4 Work promotes recovery**

Unemployment has a number of negative effects including the loss of purpose, structure, roles and status and a sense of identity which employment brings. Employment enables social integration in the wider community and is an important way that people with a

mental illness can meaningfully participate in the wider community (Waghorn & Lloyd, 2010).

According to Bond, Drake, Becker and Noel (2016), despite the development of many evidence-based practices, few clients with psychiatric disabilities actually receive effective, recovery-oriented services.

Mental health services should create conditions to promote self-determination and the pursuit of a path for people with mental illness experience. In this sense, the focus of mental health services on users is the crux of the recovery process, respecting the aspirations, goals and course of people with mental illness experience (Drake & Bond, 2011). Recovery is translated into a "personal empowerment process that occurs through people's control over important decisions affecting their lives, greater community participation and (re) activation of significant social roles in employment, education or the family "(Ahern & Fisher, 1999, cit. by Ornelas, 2008, p.114). Recovery narratives continue to emphasize the importance of regular employment (Drake & Bond, 2011).

According to Jorge-Monteiro and Ornelas (2016), involvement in recovery-oriented programs, such as supported employment or independent housing, shows better results for people with psychiatric disabilities compared to traditional rehabilitation services.

Getting a job, having a successful performance, and developing positive relationships with colleagues tends to emphasize a sense of competence and a sense of pride (Dunn, Wewiorski & Rogers, 2008). In a study carried out by these authors, the participants felt useful, valued and appreciated in their work. The work helped participants cope with their psychiatric disabilities, stressing the importance of daily routines.

According to this perspective, community integration plays a crucial role in the facilitation and promotion of recovery processes (Ornelas, 2008), which is in keeping with several studies (Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011), who affirm that community integration refers objectively and subjectively to the results associated with recovery.

According to Ornelas (2008), people with psychiatric disabilities have perceived employment, as a facilitator of their integration into the community and also of their recovery process. Other authors associate employment with well-being (Laird & Krown, 1991, cited by Ornelas, 2008); to reduce psychiatric symptoms (Bell, Lysaker & Milstein, 1996; Mauser, Becker, Torrey, Xie, Bond, Drake & Dain, 1997, cited by Ornelas, 2008); to the increase of personal empowerment (Rogers, Chamberlin, Eliison, Crean, 1997, cit. by Ornelas, 2008); the strengthening of social support networks and greater participation in other community activities (Bond, Dietzen, McGrew & Miller, 1995).

### **1.5 Genesis and history of the Supported Employment Model**

The supported employment model emerged at the end of the 1970s in the USA following the supported international employment movement, which argues that all persons, including those psychiatric disabilities, should be entitled to gainful employment in the normal labor market. The existing options did not respond to the professional interests of the people being characterized by pre-professional alternatives whose goal was the acquisition of competences for the later work integration (Ornelas, 2008). New methodologies emerged advocating on job training and professional training activities should already take place in the natural context of employment. Supported employment thus included three basic components: job placement, job training and continued follow-up (Ornelas, 2008).

It was at Boston University (USA) that the first evidence on the effectiveness of supported employment was developed. As the model was being disseminated and accepted by the main stakeholders, it was also accepted by the political and social community, and incorporated into the measures and strategies in the area of employability. It changed the perspective that people could not make choices or decisions autonomously. The problem was not person-centered, it resulted of the lack of opportunities in the access to competitive employment due the inadequacy or insufficient support services (Ornelas, 2008).

The Supported employment for people with psychiatric disabilities is an evidence-based practice, and (these lines of research) suggest that between 40% and 60% of the participants involved in supported employment gain competitive employment. On the other hand, less than 20% of similar users reach the normal market when are not involved in supported employment (Bond, 2004).

The review of the literature reveals the effectiveness of supported employment, particularly through the Individual Placement and Support (IPS) approach, which consists of the support available to people with mental illness to obtain and maintain jobs in a competitive job (Drake, Bond & Becker, 2012; Waghorn & Lloyd, 2010). IPS is not an isolated model but rather an improvement of supported employment. Bond's (2004) position is that this model constitutes a standardization of the principles of supported employment, so that it can be clearly described, scientifically studied and implemented in new communities. It makes sense to consider the principles of this model as the starting point for supported employment principles, recognizing that additions, enhancements, and exclusions are all processes in an empirical approach to defining evidence-based practice. The contribution of IPS increased from the work and knowledge in the field, where it was verified through the

investigation that two assumptions in practice were not useful. The first relates to the fact that people with psychiatric disabilities need a long period of vocational preparation before entering a competitive job, so that they are "ready" for work and identify career goals. The second concerns the premise that rehabilitation services should be provided separately from mental health services (Bond, 2004).

IPS incorporates eight principles: eligibility based on consumer choice, focus on competitive employment (i.e., jobs in integrated work settings in the competitive job market at prevailing wages with supervision provided by personnel employed by the business), integration of mental health and employment services, attention to client preferences, work incentives planning, rapid job search, systematic job development, and individualized job supports (Drake, Bond & Becker, 2012). This approach have found evidence supporting their relationship with vocational and non-vocational outcomes such as quality of life and improved community functioning (Bond & Drake, 2014). People who obtain competitive employment through IPS enhance their income, self-esteem, quality of life, social integration, and control of symptoms (Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo & Bebout, 2001).

### **1.6 Supported Employment and Community Contexts - A Social Change Transformative Program**

Efforts for a change in community mental health have been referred to in the literature as transformative when they imply a profound change or even an inversion of practices at various levels of intervention: users, programs and systems (Nelson, Kloos & Ornelas, 2014). These authors propose that in the transformative model, the values of the mental health system are based on recovery, empowerment, community integration, on the involvement of users in the organization services and access to opportunities to participate and contribute to the community.

To demonstrate how social intervention can have a significant impact on the processes of change in social systems, a program based on the principles of community psychology has contributed to change the mental health system in Portugal.

In 1987 a group of professionals, people with psychiatric disabilities and family members, set up a non-governmental organization called the Association for Psychosocial Study and Integration (AEIPS) to promote a community-based service system. This community mental health organization (CMHO) has sought to contribute to the change of the mental health system in Portugal (Ornelas, 2008), influencing deinstitutionalization policies, promoting the advocacy of users with psychiatric disabilities and promoting innovative

programs such as independent housing and Housing First (Ornelas, Vargas-Moniz & Duarte, 2010). According to Jorge-Monteiro (2015), adopting transformative organizational processes, "*OSMCs can function as empowering relational contexts, mediators of individual empowerment and, therefore, facilitators of recovery and community integration*" (p. 5).

Regarding to employment, AEIPS's fundamental strategy has been to devise adequate and effective support for the professional integration of people with psychiatric disabilities in companies. According to Ornelas (2008), this integration paradigm has facilitated access to employment for a significant number of people. Supported employment professionals can refute the stigma associated with mental illness through strategic disclosure to employers in the process of professional rehabilitation, enabling people with mental illness to demonstrate their work potential. Personal contact with people with psychiatric disabilities in the workplace and the planned training of managers, supervisors, and co-workers can combat stigma both in the workplace and in the wider community (Waghorn and Lloyd, 2010), making the enterprises the most open to diversity.

In this model, preparatory work activity, common in mental health contexts, are avoided, and instead focus on rapid job search and the placement process of users, based on their job preferences (Bond et al., 2004). Users' choice and self-determination are also fundamental features of a supported employment program. In contrast to traditional professional approaches, supported employment facilitates real choices in employment (Bond et al., 2004). According to data, most people with psychiatric disabilities consider employment a central element in their recovery process (Rogers et al., 1997) as well as show preference by competitive employment over sheltered employment or other segregated professional approaches (Bond, Dietzen, McGrew & Miller, 1995).

The added value of supported employment is the simplicity of this concept, to support people with serious problems in obtaining and maintaining competitive, community-based employment through individually structured support plans (Revell, Kregel, Wehman and Bond, 2000).

A transformative system offers opportunities for each individual to achieve in the future what they want for themselves (Salzer & Baron, 2014).

## **2. METHOD**

### **2.1 Context**

This study uses the settings of Associação Para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS), and Rumo - Cooperativa de Solidariedade Social, both promoting professional

integration through supported employment model for people with psychiatric disabilities. AEIPS is a community-based mental health organization created by users, professionals and families in 1987, that operates in the mental health field with the aim of promoting recovery and community integration, and challenging deinstitutionalization in Portugal (Ornelas, Aguiar, Sacchetto & Jorge-Monteiro, 2012; Ornelas, Duarte & Jorge-Monteiro, 2014). AEIPS' mental health services are community oriented, these services support users' in housing, employment, education and provides access to other activities and community resources (Ornelas et al., 2014). RUMO's activity began in 1981, in result of the will of a group of technicians with experience in education and rehabilitation involved in the Modern School Movement (<http://rumo.org.pt/wp/quem-somos/historia/>). Both programs focuses on providing individualized support for people who want to obtain employment in the community, providing a supported employment program, with users' participation on the design, implementation and evaluation of their own projects (Shinn, 2014; Jorge-Monteiro, Aguiar, Sacchetto, Vargas-Moniz & Ornelas, 2014). In these programs, users are individually integrated in a non-limited set of jobs of their choice, in mainstream enterprises in the community. The programs collaborate with the worker and the employer, through ongoing support in the job site to assist users' achieving their goals, maintaining employment career and access to other community resources (Ornelas et al., 2012; Ornelas et al., 2014; Shinn, 2014).

## 2.2 Participants

The current study used a sample of 62 users with psychiatric disabilities, aged between 18 - 62 years old (M = 38.60; DP = 11.160). The study sample criteria was according to age ( $\geq 18$ ), having a personal history of psychiatric treatment or hospitalization, being or had been a participant in the AEIPS' and RUMO's programs and the consent to participate in the research.

Table 1

### *Sociodemographic Characteristics of Participants*

Characteristic	<i>n (%)</i>
<b>Age, ranges</b>	
18-33	21 (33.9)
34-49	29 (46.8)
50-65	12 (19.4)

---

<b>Gender</b>	
Female	29 (46.8)
Male	33 (53.2)
<b>Psychiatric diagnoses</b>	
Schizophrenia	29 (46.8)
Bipolar psychosis	4 (6.5)
Major depression	6 (9.7)
Other psychiatric diagnoses	23 (37.1)
<b>Psychiatric hospitalizations</b>	
Before work	17 (1.10)
After work	3 (0.10)
<b>Mental health services used</b>	
Supported employment	31 (0.5)
Other services	31 (0.5)
<b>Employment status</b>	
Employed/Trainee	31 (0.5)
Unemployed	24 (38.7)
Live of social pensions	7(11.3)
<b>Last work experience</b>	
Last month	23 (37.1)
Last 6 months	8 (12.9)
Last 12 months	6 (9.7)
More than 12 years	25 (40.3)
<b>Length of integration in work/Training</b>	
Less than 12 months	19 (30.60)
1-5 years	24 (38.7)
6-10 years	6 (9.7)
11-20 years	12 (19.4)
21-25 years	1 (1.6)
<b>Marital status</b>	
Single	56 (90.3)
Married/Relationship	5 (8.1)
Divorced	1 (1.6)
<b>Educational qualifications</b>	
1st Cycle/Grade	4 (6.5)
2nd Cycle/Grade	7 (11.3)
3rd Cycle/Grade	14 (22.60)
High School	22 (35.5)
Graduation	15 (24.2)

---

### **2.3 Procedures**

Data was collected through the application of a questionnaire, after the agreement consent form was signed by all participants. Each application had the support of a research team member and the average duration of 40 minutes. The inquiry consisted in the application of a sociodemographic data questionnaire, the Temple University Community Participation Measure (TUCP, 26 items), 3 items that concern social networking subscale from the Community Integration Questionnaire-Revised (CIQ-R), the Colorado Symptom Index (CSI, 14 items) and the Sense of Community Index (SCI-2, 24 items). Concerning confidentiality, participants were informed that all information was anonymous (informed consent). The research data was matched to a specific assigned number (individual code), excluding participants' names.

### **2.4 Research Instrument**

Since community integration is conceptualized in the literature as a multidimensional construct that encompasses not only the physical presence in the community, but also the establishment of social relationships with other members, as well as the development of a sense of efficacy and belonging (Wong & Solomon, 2002), the instruments considered most adequate to measure these dimensions were selected. This study is part of a comparative research, using quantitative research tools such as:

- Colorado Symptom Index - PT (CSI-PT, Conrad, Yagelka, Matters, Rich, Williams & Buchanan, 2001) to measure psychiatric symptoms;
- Temple University Community Participation-PT scale (TUCP-PT, Salzer, 2010) to measure physical integration (participation in local activities) and social integration (interactions with community members);
- 3 items from the subscale of social networks used from the Community Integration Questionnaire - Revised (CIQ-R, Callaway, Winkler, Trippett, Migliorini, Herd & Willer, 2014) which measures social interactions through new technologies,
- Sense of Community Index, version 2 (SCI-2), developed by Chavis, Lee and Acosta (2008) to measure the psychological sense of community.

We applied the Colorado Symptom Index - PT (CSI-PT, Conrad, Yagelka, Matters, Rich, Williams & Buchanan, 2001) to measure psychiatric symptoms. This instrument measures the frequency of psychiatric symptoms experienced in a given time. In this study we used the short version of 14 items, the participant evaluates the frequency of symptoms experienced in the last month, according to a Likert scale of 5 points (1-No, 5-At least every

day). The authors, Conrad et al. (2001), found excellent internal consistency ( $\alpha = 0.90$ ) and test-retest reliability ( $r = 0.79$ ). The CSI includes statements such as "In the last month, how often you felt nervous, concerned or frustrated?", "In the last month, how many times did you have problems with thinking too quickly (racing thoughts)?" The scale ranges from a score 14 to 70, and higher values indicate more frequent reports of psychiatric symptoms.

The Temple University Community Participation measure (TUCP, 2010, Salzer, translated and adapted by Cruz, Santos, Aires, Oliveira & Jorge-Monteiro, 2015) is an adaptation made from a study of the physical integration of people with psychiatric disabilities (Chang, Coster, Salzer, Brusilovskiy, Ni & Jette, 2016). Additional items have been added based on feedback on important areas of participation of a group of individuals with a serious mental illness. This measure assesses participation with three different response scales: (1) number of days of participation in the past 30 days in 26 areas without a staff person; (2) the perceived sufficiency of participation (i.e. as much as desired, less than desired, more than desired) and (3) the perceived importance of the participation area (i.e. important/not important). The original scoring method created a summed "total score" for each response scale. Some areas refer to "Worked with compensation"; "Go to cinema" and "Go to a library". This measure addresses the construct of participation as one-dimensional generating a summary result to represent the full participation of an individual (Chang et al., 2016).

In the context of community integration regarding physical health and disability, it was developed a measure using objective indicators as the "Community Integration Questionnaire" (CIQ - Community Integration Questionnaire) of Willer, Rosenthal, Kreutzer, Gordon and Rempel (1993). We used the social networking subscale (three items) from the revised version of CIQ-R (Callaway, Winkler, Tippett, Migliorini, Herd & Willer, 2014) to measure social interactions through new technologies, varying its total between 3 and 9. The option to use only the three items of the sub-scale of social networks was due to the fact that we are already using a measure, the TUCP, which evaluates physical and social integration. The theory underlying the development of CIQ is a vision of community integration based on the assumption of roles in the natural environment of the community, which also meets the interests of people with psychiatric disabilities, as reported in the literature (Carling, 1995; Chamberlin, 1998; Ware et al., 2008, cit. by Jorge-Monteiro, 2015).

The Sense of Community Index, version 2 (SCI-2) was developed by Chavis, Lee e Acosta (2008), for use in different types of communities, and it is recommendable that the type of community targeted is defined prior to administration (in the current study,

“community” refers to the parish in which the participant lives). In our study, the term community refers to the neighborhood. This measure has an initial question to help data interpretation when necessary (How important is it to you to feel a sense of community with other neighborhood members?). The SCI-2 is composed of 24 items answered on a Likert-type scale ranging from 1 (I prefer not to be part of this community) to 6 (Very important). The scale is divided into 4 subscales “reinforcement of needs”, “member status”, “influence” and “shared emotional connections”. Higher scores in this scale indicate higher levels of integration in the community. We used the Portuguese version of the scale translated by Olga Cunha (2016). The SCI-2 was revised and studied in a large sample, with both the total scale and the subscales revealing good reliability ( $\alpha = 0.94$  for the total scale, and between 0.79 and 0.86 for the subscales) (Chavis, Lee & Acosta, 2008).

It was also applied a questionnaire of sociodemographic characteristics in order to analyze data which according to the literature influences community integration, such as gender (Gulcur, Tsemberis, Stefanic & Greenwood, 2007) and age (Abdallah, Cohen, Sanchez-Almira, Reyes & Ramirez, 2009) among others.

## **2.5 Analysis**

Statistical analysis was performed using the IBM SPSS Statistics software (version 24). For the general characterization of the sample and its sociodemographic variables, we used the descriptive statistics of the data (frequency tables, measures of central tendency, dispersion and percentages). For the analysis of independent samples, t-tests were used to examine differences in means between the professionally integrated group (Group 1) and the non-professionally integrated group (Group 2), in relation to sociodemographic variables and community integration levels (physical, social and Psychological).

## **3. RESULTS**

### **3.1 Descriptive Characteristics**

Regarding the sample of the integrated participants (N = 31), 80.6% are integrated in private companies, micro (41.9%) and medium/large companies (38.7%) and in a regime of 30 hours a week (38.7%). Some of the areas of work mentioned were: community support technician; administrative assistant; home help; embroidery hand; floristry, warehouse employee; trainer; logistics operator, mechanic, telemarketing operator, hotel receptionist; repositor operator; information, documentation and communication technician; psychosocial rehabilitation technician, among others. Some of the companies were: Atelier Joana

Vasconcelos; Teleperformance; Centro Cultural e Científico de Macau; TNT; Hospital Cuf Descobertas; EDP; Hotel Real Palácio; Hotel Vip Inn; Mr. Blue, Museu Nacional da Música; Staples; New Code, among others.

The results of the TUCP indicate that there were no significant differences in the total levels of community integration of the two groups of the study, i.e. the levels of physical and psychological integration of the integrated participants and those not professionally integrated revealed in this study a similarity. The average of days (of an average participation score of 390 days) of both groups was 186 days of participation in day-to-day diversified activities such as attending a community resource or service such as shops or supermarkets, go to the cinema, to go to the garden or to the park, to use public transports, to attend mutual aid groups, among others. Regarding the differences in the number of days of participation in both groups, we observed that Group 1 participates more often in social activities (100 days) than group 2 (86 days), presenting a difference of 13 days. Participants in Group 1 consider the number of days they participate in the activities to be sufficient (40 from a midpoint of 39 points), giving personal importance to most of the social activities mentioned in the scale (21 out of 26 possible points). Regarding the sufficiency and importance attributed to social activities, Group 2 presents lower values than Group 1, in other words, these participants consider the days when they participate in the activities to be less adequate (35,7), with less importance to them (15,5).

Regarding the social networking subscale from CIQ-R, there are no significant differences between the two groups in relation to the frequency with which they contact other people, either by telephone or through the internet. According to Brusilovskiy, Townley, Sneath and Salzer (2016), little research exists on social media (e.g., Facebook, Twitter, etc.) use among individuals with serious mental illnesses. One particular question of interest is the extent to which online social media use is associated with these individuals' community participation, civic engagement and psychosocial outcomes. In a study developed by these authors, greater social media use appears to be associated with greater community engagement without negative repercussions on loneliness, symptoms, or quality of life. Interventions that support social media use among individuals with SMI could have important community integration benefits (Brusilovskiy, et al., 2016).

As for the CSI scale, this varies from a score of 14 to 70, and the higher values indicate the reports of more frequent psychiatric symptoms. According to the results obtained in the two groups, there is a relatively low frequency of symptoms on the part of the study participants (results between 26 and 28), taking into account the possible totals of the scale

(70) that indicate a daily frequency of symptoms. Regarding the differences in the two groups, the results show that the group of participants professionally integrated presents a lower frequency of symptoms (26) compared to Group 2 (28) who reported experiencing them more often. The “stress-vulnerability” model (Krupa, 2004) suggests that life stressors can exacerbate symptoms in psychiatrically vulnerable individuals. However, rather than avoid the stress of employment, participants tended to persist until they found a balance between the stresses and benefits of work (Honey, 2004).

Based on the results of the SCI-2, scale selected for the measurement of community psychological feeling (psychological integration) in study participants whose scores range from 24 to 144 (the highest values indicate the presence of a more significant community feeling), we verified that all participants show a sense of community above the midpoint of the scale (72 points) and that both groups have similar global results of psychological integration, so we can conclude that both the professionally integrated and the non-integrated participants attribute a degree of importance to the relations with their neighborhood context (geographic and relational community) and the role it plays in their well-being, a sense of belonging and trust, and in sharing collective needs and aspirations.

### **3.2 Community integration and professional status through supported employment**

Regarding the employment status, the participants employed or on paid training in regular jobs demonstrated higher community integration scores, on TUCP and less scores on the social networking subscale from CIQ-R and SCI-2. However, no significant differences were found between the two groups in relation to community integration scales. Figure 2 shows the score distribution in the two groups.

Table 2

*Community integration scores distribution regarding employment situation*

Variable	Group 1 (N=31)		Group 2 (N=31)		Statistics <sup>a</sup>		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>TUCP Q1</b>	3.8573	2.38	3.3263	1.36	1.078	60	.286
<b>TUCP Q2</b>	1.5434	1.37	1.3995	.24	.575	60	.568
<b>TUCP Q3</b>	.8065	1.42	.5993	.24	.798	60	.428

<b>CIQ-R (network subscale)</b>	2.2258	.55	2.0430	.57	1.289	60	.202
<b>CSI</b>	1.9032	.82	2.0709	.60	-.918	60	.362
<b>SCI-2</b>	3.6304	1.42	3.6379	1.37	-.918	60	.362

### **Temple University Community Participation (TUCP)**

The results of the TUCP, in terms of responses to the three questions (Q1, Q2 and Q3), indicate statistically insignificant differences in the two study groups, that is, the levels of physical and social integration of the integrated participants and of the . non-professionally integrated participants revealed, in this study, a similarity. In a study developed by Salzer, Brusilovskiy, Prvu-Bettger and Kottsieper (2014), concerning participation, sufficiency and importance trough TUCP, revealed that people with psychiatric disabilities are engaged to varying degrees in a wide-range of participation areas in the community that are important, but most not to the degree that they desire. More intervention efforts are needed to increase the sufficiency of community participation.

### **Network subscale of Comunity Integration Questionnaire-R**

Although there were no statistically significant differences between the two groups ( $p = .202$ ), in the use of new technologies for social contacts, the results in this measure were higher in group 1. Since the scale of this instrument varies between 1 - All or almost every day and 3 - Never or rarely, the higher the overall score, the lower the use of technology and social networks. We can say that group 1 ( $M = 2.2258$ ), which is professionally integrated, presents lower levels how often establishes contact with others, by telephone or through the internet, compared to group 2 ( $M = 2.0430$ ).

### **Colorado Symptom Index (CSI)**

Regarding CSI, we intend to measure the frequency of psychiatric symptoms experienced by participants in the month prior to the questionnaire response. The scale ranges from a score of 14 to 70, with higher values indicating reports of more frequent psychiatric symptoms. According to the results obtained in the two groups, there is a relatively low frequency of symptoms by the study participants (results between 26 and 28), taking into account the possible totals of the scale (70). Regarding the differences in the two groups, the results show that the group of professionally integrated participants presents a lower frequency of symptoms (26) compared to Group 2 (28) who reported experiencing them more often.

### Sense of Community Index

Based on the results of the scale selected for the measurement of psychological sense of community (psychological integration), participants whose scores range from 24 to 144 (the highest values indicate the presence of a more significant psychological sense of community), we verified that all participants had a community sense above the midpoint of the scale (72 points). The results indicate that both groups have similar global results of psychological integration, so we can conclude that both the professionally integrated (M = 3.6304) and the non-integrated participants (M = 3.6379) attribute a degree of importance to the relationships with their community context (geographic and relational community) and the role it plays in their well-being, sense of belonging and trust, and in sharing collective needs and aspirations.

A preliminary analysis, a convergent analysis, on the measures applied to understand how they correlate is presented in Table 3.

Table 3

*Pearson correlation coefficient between community integration measures in 62 participants*

	TUCP_Q1	TUCP_Q2	TUCP_Q3	SCI_2	CSI	CIQ_R (subscale)
TUCP_Q1	1	.563**	.626**	.383**	.000	-.135
		.000	.000	.002	.998	.297
	62	62	62	62	62	62
TUCP_Q2	.563**	1	.980**	.468**	.090	.064
	.000		.000	.000	.488	.621
	62	62	62	62	62	62
TUCP_Q3	.626**	.980**	1	.480**	.066	.067
	.000	.000		.000	.610	.607
	62	62	62	62	62	62
SCI_2	.383**	.468**	.480**	1	-.037	.138
	.002	.000	.000		.776	.285
	62	62	62	62	62	62
CSI	.000	.090	.066	-.037	1	-.005
	.998	.488	.610	.776		.972
	62	62	62	62	62	62

CIQ_R	-.135	.064	.067	.138	-.005	1
(Social network of	.297	.621	.607	.285	.972	
CIQ-R)	62	62	62	62	62	62

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

We can verify that the subscales (Q1, Q2 and Q3) of the TUCP have a very significant correlation with each other, as well as with SCI-2. With respect to TUCP and CSI, the correlation is not present or weak, probably because they are two instruments that measure different constructs. CSI also has negative correlations with SCI and CIQ-R. We also observed that, when participation increases (TUCP, Q1), the CIQ-R member networks subscale has an inverse behavior, which is consonant with the results found. Group 1 presents higher scores in the days of participation and less use of the technologies and social networks to communicate.

### 3.3 Characterization of the Community Integration according to the sociodemographic aspects of the sample

Table 4

*Average of Community Integration (TUCP, social networks subscale of CIQ-R, SCI-2) according to gender (N = 62)*

	Male		Female		t	df	p
	M	DP	M	DP			
TUCP Q1	3.79	2.037	3.37	1.84	.841	60	0.404
TUCP Q2	1.55	1.33	1.37	.23	.731	60	0.468
TUCP Q3	0.81	1.38	0.57	.22	.921	60	0.361
CIQ-R							
(sub- escala)	2.22	.53	2.03	.59	4.594	-	.036
SCI-2	3.82	1.45	3.41	1.28	1.391	-	.243

Regarding the applied community integration measures, it is verified that gender hasn't statistically significant differences in the results obtained in TUCP (1, 2 and 3) and SCI-2 ( $p > 0.05$ ). However, statistically significant differences were observed in the results obtained in the CIQ-R social networks sub-scale ( $p < 0.05$ ), which revealed that men have a higher mean ( $M = 2.22$ ,  $SD = .53$ ) than women ( $M = 2.03$ ,  $SD = .59$ ).

Table 5

Average of Community Integration (TUCP, social networks subscale of CIQ-R, SCI-2) according to age group, psychiatric diagnosis, housing situation and educational qualifications (N = 62)

<b>Age group</b>		TUCP Q1	TUCP Q2	TUCP Q3	CIQ-R (sub- escala)	CSI	SCI-2
18-33	M	2.94	1.28	.43	1.79	1.92	3.26
	DP	1.52	.238	.17	.52	.80	1.45
34-49	M	4.03	1.66	.93	2.27	1.97	3.95
	DP	2.34	1.40	1.44	.51	.55	1.38
50-65	M	3.65	1.34	.61	2.38	2.12	3.49
	DP	1.15	.22	.26	.48	.92	1.15
F		1.993	1.030	1.507	7.263	.306	1.631
p		.145	3.63	.230	.002	.738	.204
<b>Psychiatric diagnosis</b>		TUCP Q1	TUCP Q2	TUCP Q3	CIQ-R (sub- escala)	CSI	SCI-2
Schizophrenia	M	3.63	1.41	.63	2.31	2.10	3.88
	DP	1.44	.20	.21	.47	.69	1.14
Bipolar psychosis	M	3.48	1.43	.74	2.25	1.98	3.77
	DP	.679	.25	.17	.68	.61	1.65
Major depression	M	3.72	1.20	.48	2.11	2.58	2.57
	DP	2.97	.18	.24	.72	.99	1.25
Other psychiatric diagnoses	M	3.52	1.62	.83	1.89	1.68	3.56
	DP	2.39	1.59	1.66	.54	.56	1.58
F		.026	3.49	.249	2.543	3.327	1.559
p		.994	.790	.862	.065	0.26	.209
<b>Housing situation</b>		TUCP Q1	TUCP Q2	TUCP Q3	CIQ-R (sub- escala)	CSI	SCI-2
Individually	M	4.08	2.10	1.30	2.36	1.94	3.81
	DP	3.08	2.38	2.49	.61	.61	2.01
Married/Relationship	M	3.75	1.18	.42	2.00	1.38	3.48
	DP	2.27	.15	.13	.52	.22	1.50
Other relatives	M	3.47	1.36	.56	2.06	1.96	3.54
	DP	1.20	.25	.22	.54	.73	1.30

Group home	M	3.35	1.36	.74	2.14	2.22	3.80
	DP	1.20	.15	.25	.52	.37	1.04
F		.283	1.330	1.140	1.267	4.315	.160
p		.888	.270	.347	.294	.004	.958
<b>Educational qualifications</b>					CIQ-R		
		TUCP Q1	TUCP Q2	TUCP Q3	(sub- escala)	CSI	SCI-2
1st Cycle/Grade	M	5.01	3.24	2.52	2.66	1.92	4.84
	DP	4.63	3.73	3.90	.27	.57	2.12
2nd Cycle/Grade	M	3.35	1.41	.63	2.47	2.64	4.24
	DP	1.00	.20	.17	.32	.77	.99
3rd Cycle/Grade	M	2.71	1.21	.45	2.07	1.73	3.23
	DP	1.19	.23	.19	.54	.80	1.45
High School	M	3.65	1.34	.57	2.09	1.95	3.33
	DP	1.87	.24	.26	.61	.60	1.28
Graduation	M	4.05	1.44	.66	1.95	1.98	3.83
	DP	1.78	.21	.22	.54	.68	1.25
F		1.550	4.379	4.264	2.159	2.045	.100
p		.200	.004	.004	.085	1.823	.137

Regarding the variable age, the mean of the measures applied, obtained in the 3 age groups, shows that there are no statistically significant differences except in the social networks subscale of CIQ-R ( $p < 0.05$ ), where the age group between 50-65 years is the one that uses the least of the technologies and social networks to communicate with other people ( $M = 2.38$ ,  $SD = .48$ ) and the younger group, aged between 18 and 33 years, presents higher scores in using these resources than the other groups ( $M = 1.79$ ,  $SD = .52$ ).

Comparing the levels of integration in relation to the various diagnoses, we verified that there are no statistically significant differences between the means obtained in the applied measures ( $p > 0.05$ ) by the different diagnostic groups studied. However, there are statistically significant differences in the means obtained in the symptom scale (CSI) ( $p < 0.05$ ). Tukey's post-hoc test demonstrates that the differences in means obtained in CSI are manifested in the group of participants with depressive disorders which experience more symptoms.

The results have statistically significant differences, in the symptom scale with the housing variables, with the mean of symptoms being higher in the participants living in group residences ( $M = 2.22$ ,  $SD = 3.80$ ), and the participants reporting the least frequency of symptoms are those living with the spouse / partner.

Regarding education there were statistically significant differences in TUCP dimensions 2 and 3 ( $p < 0.05$ ). Scheffe's post-hoc test demonstrates that these differences occur at the 1st cycle level, and at the undergraduate level the perception of participation is sufficient, as well as the importance of participating in community activities.

#### **4. DISCUSSION**

The main goal of this research was to examine if people with psychiatric disabilities, employed in regular jobs through supported employment, presented higher community integration scores than users in other situations, suggesting that individualized access to chosen community resources, as real jobs in mainstream businesses promoted community integration.

Regarding participants' work situation, the results showed that those working through supported employment presented slightly above levels of community integration, than participants that don't work (Fig. 2). The fact that we obtained scores with insignificant differences between the two groups, in the different levels and dimensions of community integration, as well as in the frequency of symptoms, can be explained by the fact that the Group 2 sample consists entirely of participants attending a set of integrated activities in one of the participating organizations, AEIPS. This organization promotes a system of community-based services, with the aim of promoting the recovery of people with mental illness through empowerment processes. In this organization, the intervention is individualized and focused on the mobilization of natural resources to increase social support networks, promoting the effective participation of people with experience of mental illness in the community (Ornelas, 2008). According to Waghorn and Lloyd (2010), not every person with a mental illness regards competitive employment a goal. For some people, socially-valued roles as students, rehabilitation participants, voluntary workers, partners, parents, and carers, can be equally important depending on personal circumstances and the extent each alternative role offers meaning and purpose to life.

Of the 31 participants not professionally integrated, we found a significant number of people participating in other activities such as professional training (64.5%); supported education (16.1%); sports (29%); volunteer activities in the community (12.9%) and cultural activities (3.2%). The fact that the sample is made up of participants who, in their totality, attends the AEIPS services, refers us to the possibility of being involved participants and community resources users, such as public transport; community cafes or restaurants, self-

help groups, as their participation in the community-based organization implies mobilization in the community.

According to Nelson et al. (2014), community-centered organizations prioritize interventions according to natural community contexts rather than segregated contexts. In a study by Jorge-Monteiro and Ornelas (2016), a sample of 93 users of a community-centered mental health organization was compared to a corresponding group of users of organizations with traditional rehabilitation approaches. The results showed that the users of the community-centered organization were more involved in programs oriented towards recovery; reached higher levels of personal goals and hope and community integration. This study also indicates that involvement in recovery-oriented programs, such as supported employment or independent housing, reveals better results for participants in terms of recovery, empowerment and better integration results in the community than for participants not involved in these programs.

Thus, the fact that there are participants who are not integrated in professional contexts and who are involved in a context that promotes their participation in other activities and at other levels based on their choice and self-determination also represents, according to the research results of the present study, a key factor in increasing their levels of participation and community integration.

As we already refer, meaningful activities can also contribute to the recovery process, through active participation in structured social, recreational, volunteer work, arts, and education. Supporting people with psychiatric disabilities to participate in education through the use of specialized strategies is known as supported education. Supported education has been investigated extensively in the USA., and when tailored specifically for people with mental illness, can contribute to career development. A recent longitudinal study and a secondary analysis of data from the USA National Health Interview Survey on disability, linked educational attainment to increased employment outcomes and higher employment status. Two national surveys found positive links between educational attainment and both current employment and durable employment among people with psychotic disorders. Among those not completing secondary school, 11.6% of people with psychotic disorders reported current employment. The employed proportion increased with secondary school completion (22.1%), vocational qualifications (34.3%), and attaining bachelor degrees or higher (46.7%). There is also evidence that supported education contributes to community integration (Bond et al., 2004)

On a longitudinal research carried out by Burke-Miller et al. (2006), data from a multisite research and demonstration program were analyzed to identify demographic characteristics associated with employment outcomes. The authors found that people with more recent work history, younger age, and higher education were more likely to achieve competitive employment and to work more hours per month, while race and gender effects varied by employment outcome.

According to Bond et al. (2004), practices that emphasize community integration have consistently been shown to be more effective than clinical and segregated approaches whether we are talking about employment, academic achievement, or residential alternatives.

Policies and measures are needed for the creation of services to obtain regular employment and individualized housing with support, promoters of community integration (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2016).

AEIPS's and RUMO's supported employment programs promotes users to have the opportunity to choose where they want to work.

Examining the relationship between community integration and the integration in professional activities in regular jobs, we find that the results obtained are according to conducted researches. Participants developing professional paid activities in regular jobs, on mainstream enterprises, presented higher community integration levels than non-working participants (Fig. 1). Salary brings stability and sense of control over the future, which could be one of the reasons that people employed show more community participation. Specifics of AEIPS' supported employment program, as found in Shinn (2014), are that users are individually integrated in a variety and non-limited set of jobs according to their choice, where information about options and requirements is provided, as well as an individualized ongoing support for decision making and maintaining successfully the participant's goals. In AEIPS' supported employment program, users control the planning, implementation and evaluation of their own employment project, giving people with psychiatric disabilities the same chance of individually integrating regular jobs in normalized settings as the majority of people enjoy (Ornelas et al. 2014).

Employment increases users' participation in society as full citizens, promoting empowerment. In Ridgway (2001), employment is demonstrated as being a means to a higher active participation in life, enabling optimism related to the future and a positive daily structure, increasing the sense of acceptance and of being part of the community. Evans and Repper (2000) consider that work is a way to be respected and valued and is a right and citizenship issue, showing employment fundamental for social inclusion. To Boardman,

Grove, Perkins and Sheperd (2003) employment increases social adjustment, social identity and status and a sense of personal achievement. Bejerholm & Bjorkman (2010) show a positive relationship between the importance of daily activities in the community life provided by employment and empowerment's self-esteem and self-efficacy elements. Therefore, empowerment results from the interaction of people with psychiatric disabilities with the community context, in particularly with the regular labor market.

According to several authors (Ornelas, Duarte & Monteiro, 2014, Salzer & Baron, 2014, Wong & Solomon, 2002), the transforming element of community integration refers to the existence of objective opportunities for people with mental illness experience to live a full life in the community, to use regular environments and to develop social relationships with others outside the health system mental.

## **5. CONCLUSION AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE**

The fact that we did not find demographic differences between the groups gives us confidence that the two groups are equivalent, however the generalizability of these findings is limited because of our highly select sample. The sample selected for this study stems from an urban environment, which has the potential to affect participation positively or negatively. For example, the average use of public transport would probably be lower in locations where access to these resources is more difficult. According to Byrne et al., (2013, cited by Salzer, Brusilovskiy, Prvu-Bettger & Kottsieper, 2014), access to mental health services in an urban setting will be easier compared to the general population than in other communities. Moreover, the results regarding levels of participation may not be generalizable to populations with other sociodemographic characteristics. However, we have no reason to suspect that data on significance and sufficiency may not be generalizable beyond our sample, and more research is needed for this confirmation. Another possible limitation is that community participation is reported retrospectively (last 30 days) as opposed to other participatory assessment methods, such as Global Positioning Systems (GPS) or momentary ecological assessments, which may reflect differences in the results of participation (Salzer et al., 2014). It would be interesting in future studies that the comparison group would consist of participants who are not involved in community-based organizations.

Despite these limitations, it may be useful to consider these themes when designing supported employment programs or other recovery and community integration oriented programs for people with psychiatric disabilities.

The results of our study lead us to advocate for the dissemination of programs aimed at community integration, such as supported employment, supported education and independent housing, with a view to disseminating community integration for people with psychiatric disabilities.

## 6. REFERENCES

- Abdallah, C., Cohen, C. I., Sanchez-Almira, M. D., Reyes, P., & Ramirez, P. (2009). Community integration and associated factors among older adults with schizophrenia. *Psychiatric services*, *60* (12), 1642-1648.
- Aubry, T., Flynn, R. J., Virley, B. & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology*, *41*, 218-235. Doi:10.1002/jcop.21524
- Bejerholm, U. & Bjorkman, T. (2010). Empowerment in supported employment research and practice: Is it relevant? *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(6) 588-595. Doi: 10.1177/0020764010376606
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R. & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 467-468. Doi:10.1192/bjp.182.6.467
- Bond, G. R., Dietzen, L. L., McGrew, J. H., & Miller, L. D. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, *40*(2), 75-94
- Revell, G., Kregel, J., Wehman, P., & Bond, G. R. (2000). Cost effectiveness of supported employment programs: What we need to do to improve outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *14*(3), 173-178.

- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 489–501
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal.*
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rapp, C. A., & Zipple, A. M. (2004). How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal, 40*(6), 569-588.
- Bond, G.R., & Drake, R.E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 41*(1), 69-73, doi:10.1007/s10488-012-0444-6.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Becker, D. R. & Noel, V. A. (2016). Sustaining Individual Placement and Support (IPS) services; the IPS learning Community. *World Psychiatry, 15*(1), 81-83.
- Brusilovskiy, E., Townley, G., Snethen, G., & Salzer, M. S. (2016). Social media use, community participation and psychological well-being among individuals with serious mental illnesses. *Computers in Human Behavior, 65*, 232-240.
- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., Leff, H. S., ... & Hoppe, S. K. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community mental health journal, 42*(2), 143-159.
- Callaway, L., Winkler, D., Tippet, A., Migliorini, C., Herd, N. & Willer, B. (2014). *The Community Integration Questionnaire-Revised (CIQ-R)*. Melbourne, Australia: Summer Foundation Ltd.

- Chang, F. H., Coster, W. J., Salzer, M. S., Brusilovskiy, E., Ni, P., & Jette, A. M. (2016). A multidimensional measure of participation for adults with serious mental illnesses. *Disability and rehabilitation, 38*(7), 695-703.
- Chavis, D. M., Lee, K. S., & Acosta, J. D. (2008). The sense of community (SCI) revised: The reliability and validity of the SCI-2. In *2nd international community psychology conference, Lisboa, Portugal*.
- Drake, R. E., & Bond, G. R. (2011). IPS support employment: A 20-year update. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 14*(3), 155-164.
- Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2012). *Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J. & 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.
- Evans, J. & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health *Journal of Psychiatric and Mental Health, 7*, 15-24.
- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A. & Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal, 43*(3), 211-228. Doi:10.1007/s10597-006-9073-4
- Honey, A. (2004). Benefits and drawbacks of employment: Perspectives of people with mental illness. *Qualitative Health Research, 14*(3), 381–395.
- Jorge-Monteiro, M. F., Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas-Moniz, M., & Ornelas, J. H. (2014). What transformation? A qualitative study of empowering settings and community mental health organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice, 5*(1), 1-13.

- Jorge-Monteiro, M. F. (2015). *Contributos do modelo “Empowerment-Comunidade” para a mudança transformativa na saúde mental comunitária: Análise comparativa* (Doctoral dissertation, ISPA–Instituto Universitário).
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2016). “What’s wrong with the seed?” A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health. *Community mental health journal*, 1-13.
- Krupa, T. (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: Integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 8–15.
- McMillan, D., & Chavis, D. (1986). Sense of community: Definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23
- Nelson, G., Kloos, B. & Ornelas, J., (2014). Transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community mental Health* (pp. 23-50). New York: Oxford University Press.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa. Fim de Século.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: a story from the field of mental health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31. Retrieved from <http://www.gjcpp.org/pdfs/2009-0013%20Final%20Copy-010710.pdf>
- Ornelas, J., Aguiar, R., Sacchetto, B., & Jorge-Monteiro, M.F. (2012). Community-based participatory research: a collaborative study to measure capabilities towards recovery in mental health community organizations. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 3-18.
- Ornelas, J., Duarte, T. & Jorge-Monteiro, M. F. (2014). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community mental Health* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.

- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disabilities: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Salzer, M., & Baron, R. C. (2006). Community integration and measuring participation. *University of Pennsylvania School of Medicine Philadelphia, Pennsylvania*.
- Salzer, M. S. (2010). Temple University Community Participation Measure (TempleCP). *Technical Report*.
- Salzer, M.S., Brusilovskiy, E., Prvu-Bettger, J., & Kottsieper, P. (2014). Measuring Community Participation of Adults with Psychiatric Disabilities: Reliability of Two Modes of Data Collection. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 211 – 219. DOI: 10.1037/a0036002.
- Salzer, M. S., & Baron, R. (2014). Who is John?: Community integration as a paradigm for transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos, & J. Ornelas (Eds.), *Community psychology and community mental health: Towards transformative change* (pp. 228-249). Oxford: Oxford University Press.
- Shinn, M. (2014). The capabilities approach to transformative change in mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community mental Health* (pp. 75-86). New York: Oxford University Press.
- Waghorn, G. & Lloyd, C. (2010). Employment and people with mental illness. In Lloyd, C. (Ed). *Vocational Rehabilitation and Mental Health*. Blackwell Publishing Ltd.
- Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, S., Gordon, A., & Rempel, R. (1993). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8(2).
- Wong, Y. I. & Solomon, P. L. (2002). Community Integration of Persons With Psychiatric Disabilities in Supportive Independent Housing: A Conceptual Model and Methodological Considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28.

Yanos, P. T., Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2011). Psychological community integration among people with psychiatric disabilities and nondisabled community members. *Journal of Community Psychology*, 39(4), 390-401.

Zubrinsky, C. & Mullahy, M. (2006). "The State of the Olmstead Decision and the Impact on Consumer Participation in Planning." *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 131-143.

## ANEXOS (I)

### REVISÃO DA LITERATURA

#### Comunidade, integração comunitária e saúde mental

Vários investigadores definiram comunidade como um grupo de pessoas que partilham problemas, interesses, e recursos, que interagem uns com os outros, e que reconhecem que pertencem a uma comunidade (Garcia, Giuliani & Wisenfeld, 1999, cit. por Amaro, 2007). Os psicólogos comunitários utilizam o constructo comunidade para estudar os mediadores colectivos e comunitários do desenvolvimento, tais como o *empowerment*, a promoção da diversidade e a mudança ao nível comunitário (Dalton et al., 2007, cit. por Amaro, 2007).

Uma vez que a definição de comunidade é genérica, é possível distinguir entre tipos de comunidades. Assim, teóricos do Sentimento Psicológico de Comunidade (Mc Millan & Chavis; 1986), diferenciaram comunidades geográficas e relacionais. Os membros de comunidades geográficas estão unidos através de um local, enquanto que membros de comunidades relacionais estão unidos através de outros elementos, tais como interesses comuns, profissão, ou religião. No entanto, comunidades geográficas e relacionais são similares no sentido em que ambas são compostas por pessoas, instituições, recursos e meios para a sua divulgação, e histórias distintas. Os teóricos concordam que o sentimento psicológico de comunidade se aplica a ambas as comunidades geográficas e relacionais (Burroughs & Eby, 1998).

No conceito de comunidade, tal como referido por McMillan & Chavis (1986), esta pode ter fronteiras geográficas, sendo definida através dos seus limites físicos e por outro lado, devido aos vários sistemas em que o indivíduo interage, estes serem integrados como sendo a sua comunidade relacional. São exemplos de comunidades relacionais, a faculdade, o local de trabalho, a comunidade virtual onde a pessoa interage, entre outros.

A perspectiva deste trabalho centra-se na integração comunitária, vista como conceito unificador que fornece orientação e visão para a saúde mental comunitária das pessoas com experiência de doença mental severa (Bond, Salyers, Rollins, Rapp, & Zipple, 2004). A abordagem da Saúde Mental Comunitária, veio revelar os benefícios de se intervir no campo da saúde mental em termos comunitários (Ornelas, 2008). Os resultados de um estudo desenvolvido por Jorge-Monteiro e Ornelas (2016), revelaram que participantes que beneficiam de uma abordagem centrada na comunidade estiveram mais envolvidos em

programas empoderadores orientados para o *recovery* e alcançaram níveis mais elevados de realização pessoal e esperança, *empowerment* e integração comunitária.

Segundo Ornelas (2008), o desafio da saúde mental comunitária é desenvolver paradigmas que promovam alternativas nas comunidades de forma a assegurar o acesso das pessoas em situação de desvantagem aos recursos. Num trabalho desenvolvido por Taylor et al. (1987, cit. por Ornelas, 2008) verificou-se que a resolução das necessidades da pessoa em situação de desvantagem deve passar por uma abordagem individualizada com foco na resolução de problemas relacionados com a habitação, o emprego e as relações sociais.

Assim, a integração comunitária pode ser descrita como “...a circunstância em que indivíduos com incapacidades vivem, trabalham e lideram as suas vidas diárias, sem distinção e com as mesmas oportunidades que os indivíduos sem incapacidade” (Bond et al., 2004, p. 570). Uma outra forma de abordar a integração comunitária refere-se ao que esta não é. A integração comunitária não é um sistema criado e mantido por profissionais de saúde mental como os centros de dia, empregos protegidos, residências de grupo e programas educacionais segregados. Estes contextos são concebidos para “tratar” os utilizadores e afastá-los da vida na comunidade (Bond et al., 2004). Desta forma os contextos segregados são todos aqueles que não são parte da comunidade regular. Para Salzer e Baron (2006) a integração comunitária é a oportunidade de viver na comunidade e ser valorizado pelas próprias singularidades como qualquer pessoa. Desta forma, a integração comunitária deve resultar em presença e participação na comunidade.

No entanto, viver fora do hospital ou usar equipamentos comunitários não é suficiente para se considerar a integração na comunidade (Lemaire & Mallik, 2005, cit. por Jorge-Monteiro, Aguiar, Sacchetto, Vargas-Moniz & Ornelas, 2014), sendo necessário avançar para uma visão mais transformadora da integração comunitária. Davidson, Ridgway, Wieland, e O'Connell (2009, cit. por Jorge-Monteiro et al., 2014) promoveram a adopção da perspectiva das *capabilities* e dos direitos humanos para ampliar essa visão. Esta perspectiva, valoriza a acção pessoal, bem como a diversidade de opções em contextos sociais.

Na literatura sobre integração comunitária, destaca-se o modelo proposto por Wong e Solomon (2002), que defende o constructo da integração comunitária como um conceito multidimensional composto por integração física (acesso aos recursos e actividades da comunidade), integração social (interacções integradas) e integração psicológica (sentimento de comunidade). Para além destas características, importa realçar o impacto que a integração comunitária tem nos processos de *recovery* de pessoas com doença mental.

Segundo Bond et al., (2004) a integração comunitária constitui um dos dois elementos principais do processo de *recovery*. Este conceito, tem sido definido como um processo e um resultado (Deegan, 1999; Onken, Dumont, Ridgway, Dornan e Ralph, 2002; Ralph, 2000, cit. por Bond et al., 2004). A integração comunitária pode ser conceptualizada como o componente de resultado da experiência de *recovery*, e, conseqüentemente, pode ser operacionalizada e empiricamente avaliada. Há evidências de que a integração na comunidade facilita os aspectos do processo de *recovery* (Bond et al., 2004), e as medidas empíricas de integração na comunidade podem ajudar os utilizadores na realização dos seus objectivos e na identificação de barreiras sociais para a integração (Abdallah, Cohen, Sanchez-Almira, Reyes & Ramirez, 2009).

O *recovery* é uma jornada pessoal que consiste em períodos de crescimento e recuos (Bond et al., 2004). Na concepção de Bond et. al. (2004) a integração na comunidade é a manifestação externa, concreta e visível para o mundo exterior, da experiência de *recovery*. Por exemplo, na área do emprego, um objectivo de *recovery* para muitos utilizadores é o emprego competitivo que é congruente com as preferências pessoais. Estes três elementos, *emprego competitivo*, *correspondência com as preferências pessoais* e *a satisfação no trabalho* têm sido definidos, operacionalizados e medidos (Bond et al., 2004). Um estudo de Onken et al. (2002, cit. por Bond et al., 2004) concluiu que a integração comunitária frequentemente facilita o *recovery*.

Actualmente a integração comunitária de pessoas com doença mental grave, começa a ser um valor, um princípio e um dos principais objectivos das políticas de saúde mental comunitária (Wong & Solomon, 2002) pelo que iremos de seguida abordar o seu contexto histórico.

### **Contexto Histórico da Integração Comunitária**

Ver as pessoas com doença mental como um todo, que desejam viver na comunidade como toda a gente, é vital no conceito de integração comunitária que emergiu do movimento dinamarquês da normalização, nos anos 50, para pessoas com incapacidades intelectuais e do desenvolvimento (Salzer & Baron, 2014). Segundo Wolfensberger (1972, cit. por Ornelas, 2008) o objectivo da normalização consistiu na integração destas pessoas na comunidade (escola, habitação, emprego e actividades recreativas), baseando-se na sua não desvalorização em relação à restante população. O movimento da normalização promoveu o desenho dos serviços humanos de modo a promover nas pessoas com incapacidades um funcionamento

considerado aceitável na sua sociedade. Nirje (1980, cit. por Salzer & Baron, 2014) define normalização em termos de “tornar acessível para todas as pessoas com incapacidades intelectuais, padrões e condições de vida, o mais próximas possível das formas de vida da sociedade ” (p.232). Para além da valorização das capacidades individuais, esta abordagem destaca a ligação das pessoas com os contextos sociais onde interagem (1983, Wolfensberger & Thomas, cit. por Ornelas, 2008). No seguimento da normalização, Wolfensberger (1985, cit. por Aubry, Flynn, Virley & Neri, 2013) afirmou que as pessoas com incapacidades precisavam de aceder a papéis sociais valorizados dentro da comunidade. Esta nova conceptualização destacou a importância crítica de melhorar a percepção da sociedade relativamente às pessoas com incapacidade, apoiando-as para conseguir a integração física e social na comunidade e fora do ambiente de tratamento (Wolfensberger, 1983, 1992, 2000, cit. por Aubry, et al., 2013). Os mecanismos principais para a criação desses papéis sociais valorizados são a promoção de programas sociais em áreas como a habitação, o emprego e a educação (Aubry, et al., 2013). A integração comunitária é assim, entendida como a oportunidade das pessoas participarem de forma plena na comunidade, na mesma medida dos(as) outro(/as) cidadãos(ãs) (Salzer & Baron, 2014).

Um poderoso e persuasivo movimento dos direitos das pessoas com deficiência emergiu desta nova forma de ver a incapacidade e foi defendida com sucesso, nos Estados Unidos da América, pelo Americans with Disabilities Act (ADA:1990, cit. por Salzer & Baron, 2014) que exige aos governos que concedam às pessoas com incapacidades, oportunidades iguais para beneficiarem de todos os programas, serviços, e actividades (educação, emprego, voto, transportes, lazer, etc.), bem como o enquadramento da integração comunitária na lei. No seguimento deste movimento, foram levantadas questões à aplicabilidade da ADA às pessoas com doença mental, reflectindo um potencial de segregação dentro da comunidade com incapacidades. Em 1999, o Supremo Tribunal dos EUA com o que ficou conhecido como a decisão de Olmstead, decidiu a favor de Elaine Wilson e Lois Curtis. Estas duas mulheres, com experiência de doença mental e incapacidade do desenvolvimento, reclamaram terem sido injustamente confinadas a uma instituição em vez de lhes ser permitido viver em contexto comunitário. O Tribunal concluiu que a institucionalização desnecessária é uma forma de discriminação proibida pelo Americans with Disabilities Act (Salzer & Baron, 2014). O resultado deste acto legislativo foi o estabelecer da integração comunitária como um direito inerente para todas as pessoas que experienciaram incapacidade, generalizando o seu direito à vida, a estudar, a trabalhar e a divertirem-se da mesma forma do

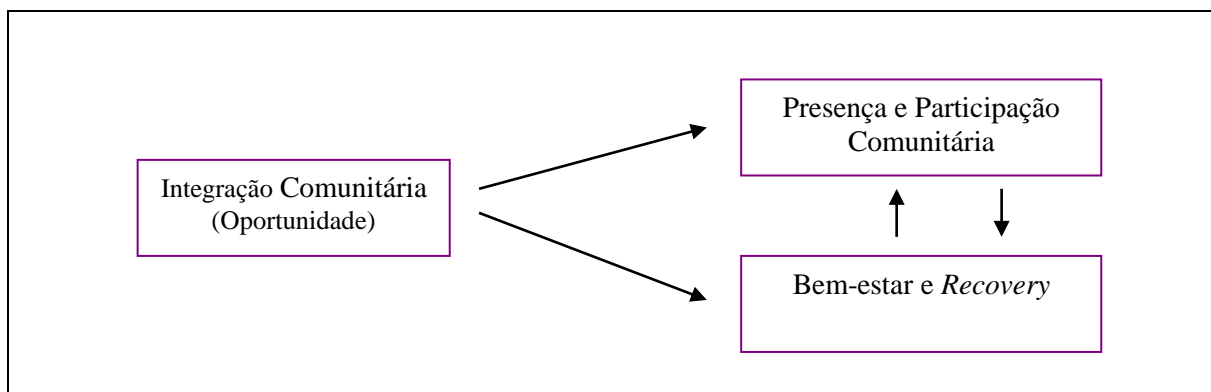
que as pessoas sem incapacidade. “*Olmstead vs L. C. (1999) é considerada uma das mais significativas decisões dos direitos civis do século XX*” (Zubrinsky & Mullahy, 2006, p.131).

É no enquadramento destes acontecimentos históricos que emerge uma definição de integração comunitária sugerida por Salzer (2006, cit. por Salzer & Baron, 2014) como “a oportunidade de viver na comunidade e ser valorizado pela sua singularidade e competências como qualquer pessoa” (p. 232), assim como a noção de que é a promoção de oportunidades que facilita a participação comunitária, o bem-estar e o *recovery*. Esta questão das oportunidades é também defendida, pela já aqui referida, teoria das *capabilities*, desenvolvida por Martha Nussbaum (2000). A obra de Nussbaum, *Women and human development* (2000) apresenta a sua experiência pessoal em países subdesenvolvidos, em particular na Índia. Esta autora oferece uma abordagem sobre como entender a qualidade de vida e refere os limites mínimos que os governos devem assegurar aos seus cidadãos, para que possam desenvolver as suas capacidades (*capabilities*) como seres humanos. Nussbaum (2000) tem como objectivo proporcionar um esquema de acção de valor universal, aplicável sempre que se dê uma situação de desigualdade e de injustiça. Para Nussbaum (2000), para que haja desenvolvimento humano, deve haver expansão das oportunidades para que as pessoas possam viver com liberdade e dignidade. Salientamos assim, a importância que a teoria das *capabilities* tem vindo a ganhar na aplicação prática a contextos de saúde mental, nomeadamente na abordagem organizacional transformativa, ganhando proeminência na psicologia comunitária (Ornelas, Duarte & Jorge-Monteiro, 2014).

As abordagens tradicionais da saúde mental comunitária têm-se revelado menos eficazes, comparativamente com o quadro transformativo da saúde mental comunitária, tal como proposto por Nelson, Kloos e Ornelas, (2014a), pois tendem a revelar uma visão limitada da integração na comunidade das pessoas com doença mental e falham ao não contar com o seu potencial contributo para a comunidade e sociedade. Vários autores, escolheram por este motivo o princípio da integração comunitária para liderar a prática da saúde mental na direcção da orientação para o *recovery* (Aubry et al., 2013; Salzer & Baron, 2014). Neste seguimento referem outros autores que uma prática de saúde mental comunitária transformativa é direccionada para contextos comunitários comuns, de forma a facilitar a participação na vida comunitária (Nelson et al., 2014a; Ornelas et al., 2014).

Os objectivos da Integração comunitária são promover o envolvimento das pessoas com experiência de doença mental em todos os domínios da comunidade como, a habitação, o emprego, a educação, o lazer, os papéis sociais valorizados, o suporte interpares, a saúde, a cidadania, a autodeterminação e a religião/espiritualidade. A integração comunitária deve

resultar na difusão da presença e participação comunitária das pessoas com experiência de doença mental, semelhantes à de todos os outros, sem um rótulo de incapacidade (Salzer e Baron, 2006):



**Figura 1 - Resultados da Integração Comunitária**

Fonte: Salzer, M., & Baron, R. C. Community integration and measuring participation. University of Pennsylvania School of Medicine Philadelphia, Pennsylvania, (2006).

Segundo Salzer e Baron (2006), a integração comunitária fornece um quadro de referência para o *recovery* ao criar um ambiente que facilita o bem-estar individual. Mudar o paradigma de paciente para pessoa requer mudar o foco da funcionalidade centrado na doença, para uma orientação mais holística que entenda a pessoa com experiência de doença mental como um indivíduo autodeterminado e multidimensional que vive num ambiente complexo que influencia e pelo qual é influenciado (Salzer & Baron, 2014). A visão reducionista do modelo individual de incapacidade vê o problema da incapacidade dentro do indivíduo e a causa deste problema como decorrente das limitações funcionais. Um exemplo desta ideia é, interpretar o desemprego de alguém diagnosticado com esquizofrenia como primariamente ou exclusivamente derivado de *deficits* individuais, como *deficits* cognitivos ou sociais, que se crê limitarem a sua capacidade para trabalhar (Salzer & Baron, 2014). Em contraste, o modelo social ou contextual da incapacidade não nega a deficiência, mas reconhece que a invalidez ou actividade limitada, resultam de uma sociedade que falha a assegurar oportunidades para aceder a papéis plenos e significativos a todos os seus cidadãos(ãs). A incapacidade é vista como o resultado de uma interacção entre indivíduo-ambiente que não maximiza oportunidades para a total participação comunitária (Salzer & Baron, 2014). Deste ponto de vista, o desemprego experienciado por uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia, é visto como resultado da acção recíproca entre os indivíduos com deficiência e o ambiente, que pode não promover oportunidades para a pessoa trabalhar no melhor das suas capacidades. O ambiente é visto como fonte da

invalidez/limitação. Da mesma forma, um ambiente que invalida é aquele que discrimina indivíduos com incapacidade e que os desencoraja a participar na vida da comunidade. A incapacidade do ponto de vista do modelo social, não é algo que alguém é (pessoa com doença mental), mas algo que é experienciado (pessoa com experiência de doença mental) (Salzer & Baron, 2014).

Segundo Salzer e Baron (2014), os sistemas orientados para a integração comunitária, devem proporcionar oportunidades para desenvolver vidas plenas e significativas, que potenciam a auto determinação definida por Wehmer (1996, cit. por Salzer & Baron, 2014) como “actuar como agente primário na própria vida e fazer escolhas e tomar decisões tendo em conta a qualidade de vida, livre de influências externas ou interferências” (p. 235). Esta definição deixa para a pessoa a responsabilidade de priorizar os tipos de participação mais significativos para si e o grau em que quer participar. No sentido oposto, segundo Bond e Drake (2014), algumas barreiras à integração comunitária incluem atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais, os serviços serem segregados e as dificuldades no acesso aos serviços.

Os objectivos de um sistema orientado para a integração comunitária devem incluir: habitação; emprego; educação; relações sociais e íntimas; relações familiares; relações interpares; religião e espiritualidade; lazer e actividades recreativas; vida cívica; saúde e bem-estar e finanças (Salzer & Baron, 2014).

### **Integração Comunitária e emprego apoiado para pessoas com doença mental em Portugal**

Em Portugal, paralelamente ao objectivo da desinstitucionalização, a reforma da política de saúde mental (Plano Nacional para a Saúde Mental – PNSM, 2007-2016) criou uma nova lei (DL 8/2010) para a implementação de cuidados integrados no contexto da comunidade, baseado na revisão da lei anterior (DC 407/98) para serviços de reabilitação psicossocial e de apoio à comunidade no campo da saúde mental. O PNSM afirma que o sistema de saúde mental deve focar-se na necessidade de desenvolver os cuidados de saúde mental na comunidade, bem como a participação e envolvimento dos utilizadores no seu processo de *recovery* e de realização pessoal.<sup>1</sup>

No âmbito destas evoluções legislativas, a questão do emprego foi sendo reconhecida como uma das questões fulcrais na inclusão social e progressiva independência dos cidadãos

---

<sup>1</sup> <http://saudemental.pt/wpcontent/uploads/2011/02/relatorioplanoaccaoservicossaudentl.pdf>.

com algum tipo de deficiência/incapacidade. Em Portugal, o emprego apoiado passou, a ser incorporado nas ofertas de programas operacionais de empregabilidade, geridos pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP). Foi integrado no programa de emprego e apoio à qualificação de pessoas com deficiência e incapacidade do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) em 2009, consagrando várias modalidades de apoio como: formação profissional, estágios em empresas, formação em posto de trabalho, apoios à colocação e pós-colocação (ex. prémio de mérito) às empresas que integram nos seus quadros pessoas com doença mental<sup>2</sup>. Um dos grandes objectivos é replicar o projecto de forma a abranger outros grupos em situação de desvantagem<sup>3</sup>.

Na figura 2, apresentamos o desenvolvimento do modelo de Emprego Apoiado em Portugal.

<b>Anos 90</b>	Marcam o início da implementação do modelo em Portugal, sendo de realçar o contributo da AEIPS (IPSS) e da RUMO (Cooperativa de Solidariedade Social);
<b>1992-94</b>	<p><b>Programa Horizon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deu um contributo decisivo para o desenvolvimento do modelo de Emprego Apoiado no nosso país, permitindo a realização de projectos em parceria com outros países da Europa;</li> <li>- Deu origem à EUSE (1993) - European Union of Supported Employment que é uma organização não governamental, reconhecida pela Comissão Europeia e que congrega e representa este movimento na Europa. Conta com 19 países membros, incluindo Portugal.</li> <li>-A dinâmica gerada por este projecto, levou à criação da Associação Portuguesa de Emprego Apoiado (<a href="http://www.empregoapoiado.com/">http://www.empregoapoiado.com/</a>).</li> </ul>
<b>1993</b>	- Realização da primeira Conferência de Emprego Apoiado em Portugal, na FIL, promovida pela AEIPS, com a colaboração da RUMO, com a participação de inúmeras representações de diversos países europeus e dos EUA ( <a href="http://www.empregoapoiado.com/sobre-1-c1mif">http://www.empregoapoiado.com/sobre-1-c1mif</a> ).
<b>2004</b>	<p><b>É criada a APEA</b> - Associação Portuguesa de Emprego Apoiado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem como objectivos o desenvolvimento e disseminação desta metodologia, investindo prioritariamente nas áreas da investigação, formação de técnicos e processos de melhoria e certificação da qualidade. A adesão das associações empresariais a esta organização tem vindo a permitir consolidar esta parceria estratégica fundamental e aprofundar as temáticas da diversidade e responsabilidade social das empresas (<a href="http://www.empregoapoiado.com/">http://www.empregoapoiado.com/</a>).</li> </ul>

<sup>2</sup> <https://bdfaq.iefp.pt/index.php?sid=2787532&lang=pt&action=show&cat=7>

<sup>3</sup> <http://www.igfse.pt/upload/docs/gabdoc/2009/Novidades/07Jul/Hist%C3%B3rias%20de%20sucesso%20de%20inova%C3%A7%C3%A3o%20social.pdf>

<b>2004-2007</b>	<b>Projecto de Emprego Apoiado</b> - Iniciativa Comunitária Equal (2006), veio alargar o modelo a outros grupos em situação de desvantagem.
<b>2005-2007</b>	<b>Projecto Nautilus – Iniciativa comunitária Equal</b> - A missão deste projecto que foi designado Emprego Apoiado (2006), é a generalização do modelo de Emprego Apoiado, incrementando o acesso ao mercado aberto de trabalho de pessoas em situação de desvantagem.
<b>2009</b>	<b>Decreto-lei 290/2009</b> Define o regime de concessão técnica e financeira para o desenvolvimento das políticas de emprego e apoio à qualificação e consagra as várias modalidades de inserção profissional de pessoas com deficiências e incapacidades. ( <a href="https://dre.pt/application/file/a/491623">https://dre.pt/application/file/a/491623</a> , recuperado em 17/11/2016)
<b>Actualmente</b>	<b>Emprego Apoiado constitui-se como um movimento internacional</b> de defesa dos direitos humanos das pessoas com deficiência e doença mental e de outros grupos em situação de desvantagem ( <a href="http://www.empregoapoiado.com/">http://www.empregoapoiado.com/</a> ).

**Figura 2 – Modelo de Emprego Apoiado em Portugal**

É ainda de salientar que a AEIPS e a RUMO são ambas associadas da Associação Portuguesa de Emprego Apoiado (APEA), que congrega e representa, todo o movimento internacional de Emprego Apoiado<sup>4</sup>, sendo esta membro da European Union of Supported Employment (EUSE)<sup>5</sup>.

Na área da reabilitação profissional, desde o início dos anos 90, com o apoio dos fundos comunitários e do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), surgiram projectos de formação profissional, emprego protegido, emprego apoiado e empresas de inserção que abriram definitivamente as portas para a reabilitação profissional das pessoas com doença mental<sup>6</sup>.

O Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007-2016), refere ainda que é necessário diversificar os apoios para a formação e integração profissional das pessoas com doença mental e adequar os critérios de concepção e financiamento a contextos mais integrados e integradores, de que são exemplo, o emprego apoiado, estágios profissionais em empresas, trabalho a tempo parcial, apoios pós-contratação mais flexíveis, entre outros<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> (<http://www.empregoapoiado.com/sobre-1-c1mif>),

<sup>5</sup> (<http://www.euse.org/index.php/member-organisations>)

<sup>6</sup> (<http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>)

<sup>7</sup> (<http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>)

Neste relatório constam ainda 13 pontos apresentados pela Rede Nacional de Pessoas com Doença Mental, um documento elaborado unicamente por pessoas com experiência de doença mental de todo o país, que traduz os direitos e necessidades que desejam ver concretizados, cujos tópicos se transcrevem na Figura 3.

<b>DIREITOS E NECESSIDADES DE ACORDO COM A REDE NACIONAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Integração na comunidade</li><li>2. Não haver discriminação, direito à igualdade</li><li>3. Empregos para todos</li><li>4. Uma casa para todos</li><li>5. Formação dos profissionais de saúde</li><li>6. Cidadania para a educação nas escolas normais</li><li>7. Espiritualidade e recovery, respeito pela diversidade</li><li>8. Cidadania para todos</li><li>9. Devemos ter uma visão positiva de tudo na vida e levarmos os nossos projectos até ao fim</li><li>10. Actividades saudáveis, contacto com a natureza</li><li>11. Pretendemos uma maior independência em relação aos nossos familiares/técnicos</li><li>12. Mais ajuda mútua e inter-pares</li><li>13. Melhor relacionamento entre os membros da família</li></ol>

**Figura 3 – Direitos e necessidades de acordo com a rede nacional de pessoas com doença mental<sup>8</sup>**

O início da colaboração do IEFP com a área da saúde mental nos anos 90, financiando os programas de formação profissional, emprego protegido, empresas de inserção e emprego apoiado, desenvolvidos pelas IPSS, contribuiu para a predominância destas intervenções no seu conjunto<sup>9</sup>.

De seguida iremos analisar, com referência à literatura, como o trabalho pode ser promotor dos processos de *recovery*.

### **O trabalho promove o *recovery***

O desemprego tem uma série de efeitos negativos, incluindo a perda de propósito, estrutura, papéis e estatuto, bem como da identidade que o emprego traz. O emprego permite a integração social na comunidade e é uma forma importante para que as pessoas com doença

<sup>8</sup> <http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>

<sup>9</sup> ([http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/rcm\\_0049\\_2008.htm](http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/rcm_0049_2008.htm))

mental possam participar significativamente na comunidade em geral (Waghorn & Lloyd, 2010).

De acordo com Baron e Salzer (2002), as pessoas com um diagnóstico de doença mental grave experienciam taxas elevadas de desemprego comparativamente com a população em geral. Esta situação tem sido explicada através dos sintomas associados a este tipo de desordens, à falta de programas de reabilitação vocacionais eficazes e mais recentemente à discriminação e à falta de incentivos financeiros ao emprego nas políticas públicas.

Apesar do desenvolvimento de muitas práticas baseadas em evidência, são poucos os utilizadores com doença mental que realmente recebem serviços eficazes orientados para o *recovery* (Bond, Drake, Becker & Noel, 2016).

Os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a autodeterminação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com experiência de doença mental. Neste sentido, o foco dos serviços de saúde mental nos utilizadores é o ponto crucial do processo de *recovery*, respeitando as aspirações, os objectivos e o percurso das pessoas com experiência de doença mental (Drake & Bond, 2011). O *recovery* traduz-se num “processo de fortalecimento pessoal que ocorre através do controlo das pessoas sobre as decisões importantes que afectam a sua vida, de uma maior participação comunitária e da (re)ativação de papéis sociais significativos ao nível do emprego, da educação ou da família” (Ahern & Fisher, 1999, cit. por Ornelas, 2008, p.114). As narrativas de *recovery* continuam a enfatizar a importância do emprego regular (Drake & Bond, 2011).

Segundo Jorge-Monteiro e Ornelas (2016) o envolvimento em programas orientados para o *recovery*, tais como o emprego apoiado ou a habitação independente, revelam melhores resultados para as pessoas com experiência de doença mental, comparativamente com a utilização de serviços tradicionais de reabilitação.

Obter um emprego, ter um desempenho de sucesso e desenvolver relações positivas com os colegas tende a enfatizar um sentido de competência e o sentimento de orgulho (Dunn, Wewiorski & Rogers, 2008). Num estudo realizado por estes autores, no trabalho os participantes sentiram-se úteis, valorizados e apreciados. O trabalho ajudou os participantes a lidarem com a sua experiência de doença mental, realçando a importância das rotinas diárias.

De acordo com esta perspectiva, a integração comunitária tem um papel crucial na facilitação e promoção dos processos de *recovery* (Ornelas, 2008), o que vai ao encontro de vários estudos (Yanos, Stefanic & Tsemberis, 2011), que afirmam que a integração comunitária se refere objectiva e subjectivamente aos resultados associados ao *recovery*.

Segundo Ornelas (2008), as pessoas com experiência de doença mental têm perspectivado o emprego, como facilitador da sua integração na comunidade e também do seu processo de *recovery*. Outros autores associam o emprego ao bem-estar (Laird & Krown, 1991, cit. por Ornelas, 2008); à redução dos sintomas psiquiátricos (Bell, Lysaker & Milstein, 1996; Mauser, Becker, Torrey, Xie, Bond, Drake & Dain, 1997, cit. por Ornelas, 2008); ao aumento do empowerment pessoal (Rogers, Chamberlin, Eliison, Crean, 1997, cit. por Ornelas, 2008); ao fortalecimento das redes de suporte social e a uma maior participação noutras actividades na comunidade (Bond, Deitzen, McGrew & Miller, 1995)

Relativamente à percepção das famílias sobre o emprego, durante anos, reconheceram a importância dos suportes continuados e da segurança económica dos seus familiares. Mais recentemente reconheceram o papel crucial do emprego regular no processo de *recovery* e têm enfatizado o papel dos serviços de emprego. Actualmente algumas organizações de famílias lideram o advocacy dos programas de emprego apoiado (Dartmouth, 2008, cit. por Drake & Bond, 2011). Apesar destes esforços, o papel dos familiares no processo de integração comunitária dos seus parentes permanece pouco claro (Drake & Bond, 2011).

De seguida iremos abordar a génese a história do modelo de emprego apoiado e a sua relação com a mudança social.

### **Génese e história do Modelo de Emprego Apoiado**

O modelo de emprego apoiado, surge no final da década de 70, nos Estados Unidos da América, na sequência do movimento internacional de emprego apoiado, que defende que todas as pessoas, mesmo as que têm doença mental, devem ter direito a um emprego remunerado no mercado normal de trabalho. As opções existentes não correspondiam aos interesses profissionais das pessoas caracterizando-se por alternativas pré-profissionais cujo objectivo era a aquisição de competências para a posterior inserção laboral (Ornelas, 2008). Surgiram então novas metodologias que defendiam que, a realização de actividades de formação e treino profissional decorressem já no contexto natural de emprego. O emprego apoiado incluía assim três componentes básicas: a colocação no mercado de trabalho, a formação em posto de trabalho e o acompanhamento continuado (Ornelas, 2008).

Foi na Universidade de Boston (EUA), que se desenvolveram as primeiras evidências sobre a eficácia do emprego apoiado. À medida que o modelo foi sendo disseminado e aceite pelos principais interessados, foi também aceite pela comunidade política e social, e incorporado nas medidas e estratégias na área da empregabilidade. Alterou a perspectiva de

que as pessoas não conseguiam fazer escolhas ou tomar decisões autonomamente. O problema não reside na pessoa mas na falta de oportunidades no acesso ao emprego por inadequação ou inexistência de serviços de suporte (Ornelas, 2008).

Em pouco mais de duas décadas, assistiu-se a um crescimento notável deste movimento, tendo-se evoluído de um número restrito de programas piloto na área da reabilitação de pessoas com deficiência e doença mental para o desenvolvimento de inúmeros programas de emprego apoiado, não só nos Estados Unidos mas também no Canadá, Austrália e em vários países da Europa e da Ásia. É disso exemplo a já referida, neste trabalho, [EUSE \(European Union of Supported Employment\)](http://www.euse.org/index.php/about-euse), organização não-governamental, fundada em 1993 com o intuito de facilitar o desenvolvimento e a disseminação do Modelo de Emprego Apoiado na Europa. Esta facilitação e promoção são feitas através da partilha de informação e conhecimento de boas práticas, servindo assim, de plataforma para os seus membros trabalharem em rede com outras organizações e associações a nível europeu e mundial<sup>10</sup>.

A designação “emprego apoiado” refere-se ao estatuto de ter um emprego e a um programa de emprego. Como estatuto, o termo refere-se a emprego competitivo em serviços de trabalho consistentes com as forças, recursos, prioridades, necessidades, capacidades, interesses, e escolha informada, para indivíduos com incapacidades para quem o emprego competitivo não ocorre tradicionalmente, ou para quem o emprego competitivo tenha sido interrompido como resultado de uma incapacidade significativa. Como prática, o emprego apoiado refere-se a programas com vista a ajudar pessoas com incapacidade a encontrar e a manter este tipo de empregos (*Rehabilitation Act Amendments*, 1998, cit. por Bond, 2004).

O emprego apoiado para pessoas com doença mental grave é uma prática baseada em evidência, fundamentada em resultados de estudos de conversão de tratamento em hospital em emprego apoiado e em ensaios controlados aleatoriamente, comparando emprego apoiado com uma variedade de abordagens alternativas. Estas linhas de investigação sugerem que entre 40% a 60% dos participantes envolvidos em emprego apoiado obtêm emprego competitivo. Por outro lado, menos de 20% de utilizadores similares atingem o mercado normal quando não envolvidos em emprego apoiado (Bond, 2004).

Vários estudos controlados aleatoriamente em diferentes regiões, incluindo o Canadá, Europa, Hong Kong e Estados Unidos revelam que o emprego apoiado é mais eficaz do que as abordagens vocacionais tradicionais, as quais requerem a participação em actividades de preparação para o trabalho (Becker, Whitley, Bailey, & Drake, 2007).

---

<sup>10</sup> <http://www.euse.org/index.php/about-euse>

Becker, et al., (2007) realizaram um estudo exploratório acerca das trajetórias de adultos com doença mental que participaram em emprego apoiado, no qual, voltaram a entrevistar 38 de 78 participantes com doença mental grave, oito a doze anos após o seu envolvimento em emprego apoiado. No período de *follow-up*, a grande maioria (82%) trabalhava em emprego competitivo. Os participantes reportaram vários benefícios relacionados com o emprego, incluindo melhorias na auto-estima, nas relações interpessoais e no controlo da doença. O emprego a tempo parcial e o apoio continuado foram apontados como os maiores facilitadores da manutenção do emprego. Três temas concordantes emergiram da análise qualitativa percebidas como significativas no comportamento relacionado com o trabalho dos participantes. Em primeiro lugar, o controlo com sucesso dos sintomas e a utilização de estratégias de *coping* apropriadas parece desempenhar um papel importante na manutenção de um emprego. Em segundo lugar, os participantes geralmente preferiam trabalhar a tempo parcial, devido às menores exigências envolvidas e por permitir a manutenção dos direitos da Segurança Social e dos Cuidados de Saúde. Por último, os participantes manifestaram a importância da colocação individual e serviços de apoio (IPS - Individual Placement and Support), afirmando que eram condições imperativas para fazer transições de sucesso entre empregos ou do desemprego para o emprego. Em suma, há boa evidência para a eficácia do emprego apoiado nos Estados Unidos, embora haja ainda pouca investigação nos países europeus (Becker, et al., 2007).

A revisão da literatura revela a eficácia do emprego apoiado, nomeadamente através da abordagem do *Individual Placement and Support* - IPS, que consiste no suporte disponibilizado às pessoas com doença mental, para obter e manter trabalhos em emprego competitivo (Bond, Drake & Becker, 2008; Drake & Bond, 2011; Waghorn & Lloyd, 2010).

O IPS não constitui um modelo isolado, mas sim um aperfeiçoamento do emprego apoiado. A posição de Bond (2004) é a de que este modelo constitui uma estandardização dos princípios do emprego apoiado, de modo que este possa ser claramente descrito, cientificamente estudado e implementado em novas comunidades. Durante a última década nenhum novo modelo de emprego apoiado para pessoas com doença mental grave, articulando um conjunto de princípios diferentes daqueles do IPS, apareceu na literatura.

Desta forma, é pertinente considerar os princípios deste modelo como o ponto de partida para os princípios do emprego apoiado, reconhecendo que acréscimos, aperfeiçoamentos e exclusões são todos processos numa abordagem empírica para definir uma prática baseada em evidência. A contribuição do IPS cresceu do trabalho e conhecimento no campo, onde se verificou através da investigação que duas assunções em prática não eram

úteis. A primeira refere-se ao facto das pessoas com doença mental grave precisarem de um período longo de preparação vocacional antes de entrarem num emprego competitivo, de modo a ficarem “prontas” para o trabalho e identificarem objectivos de carreira. A segunda diz respeito à premissa de que os serviços de reabilitação deveriam ser fornecidos separadamente dos serviços de saúde mental (Bond, 2004). Assim, o IPS incorpora oito princípios: elegibilidade com base na escolha do utilizador; foco no emprego competitivo (isto é, empregos em ambientes de trabalho integrados no mercado de trabalho competitivo, com salários actuais, com supervisão proporcionada por colegas de trabalho); integração de serviços de saúde mental e emprego; atenção às preferências dos utilizadores; planeamento de incentivos ao trabalho; procura rápida de emprego; desenvolvimento sistemático do emprego e apoio individualizado ao trabalho (Drake, Bond & Becker, 2012).

Bond (1998; 2004) sublinhou os seguintes princípios desta abordagem:

### *1. Elegibilidade baseada na escolha da pessoa*

Na literatura sobre saúde mental, numerosos estudos têm procurado identificar preditores do funcionamento vocacional, não encontrando quaisquer factores específicos (tais como, diagnóstico, sintomatologia, idade, género, grau de incapacidade, hospitalizações anteriores, experiência de trabalho, motivação, habilitações literárias, história de abuso de substâncias) que pudessem prever melhores resultados no emprego. Assim, a literatura não fornece qualquer justificação empírica para excluir qualquer utilizador (Bond, 2004; Leff & Warner, 2006). Esta abordagem é baseada na escolha da pessoa, sendo que o único requisito para admissão é o desejo de trabalhar num emprego competitivo.

### *2. Serviços Focados em Emprego Competitivo*

Os técnicos de emprego ajudam as pessoas a encontrar empregos competitivos onde os utilizadores recebam, pelo menos, o ordenado mínimo e onde estejam integrados em serviços de mercado normal, não passando por experiências de emprego protegido, segregado e pré-vocacional (Becker, Drake & Naughton, 2005, cit. por Bond, 2004). Neste sentido, os defensores do IPS afirmam que a maior parte das pessoas com doença mental grave pode conseguir emprego competitivo sendo os serviços de emprego protegido desnecessários.

### *3. Integração da reabilitação vocacional nos serviços de saúde mental*

A investigação revela que melhores resultados podem ser obtidos se os programas vocacionais forem parte integrada de uma equipa de saúde mental, mais do que serem proporcionados por uma entidade separada. Drake, Becker, Bond e Mueser (2003, cit. por Bond, 2004) identificaram quatro benefícios de abordagens integradas: 1) maior envolvimento dos utilizadores, 2) melhor comunicação entre técnicos de emprego e clínicos, 3)

sensibilização dos clínicos para a importância de focar o emprego e 4) incorporação de informação clínica nos planos vocacionais.

#### *4. Atenção às preferências da pessoa com doença mental*

A procura de trabalho num programa de emprego apoiado é idealmente baseada nas preferências dos utilizadores, potencialidades e experiência de trabalho prévia, e não a partir dos empregos disponíveis e nos julgamentos dos cuidadores (Bond, 2004; Leff & Warner, 2006). As pessoas com doença mental têm preferências específicas acerca do tipo de trabalho, horário, localização e remuneração. A utilização destes critérios origina taxas mais elevadas de contratações e uma maior estabilidade no trabalho (Becker, Bebout & Drake, 1998). Além disso, mudanças nas preferências têm maior probabilidade de ocorrer após os utilizadores estarem em determinado emprego do que após aconselhamento vocacional, sugerindo que a experiência de trabalho é a melhor abordagem para seleccionar o melhor local (Becker et al., 1998).

#### *5. O suporte personalizado aos apoios sociais*

Uma das grandes barreiras ao emprego é o receio de perder benefícios, daí a importância do aconselhamento nesta matéria como parte integrante de um programa de emprego apoiado. O técnico fornece ajuda ao utilizador para que ele compreenda as regras complexas que envolvem os apoios sociais por incapacidade. O aconselhamento de benefícios refere-se, portanto, ao planeamento contínuo para que os utilizadores tomem decisões bem informadas em relação à segurança social, programas de ajuda médica e outros direitos sociais. Um estudo de Vermont que dispunha de conselheiros de apoios sociais para trabalhar com os programas de emprego apoiado verificou que os rendimentos dos utilizadores duplicaram como resultado da intervenção (Bond, 2004; Leff & Warner, 2006).

#### *6. Procura rápida de emprego e colocação*

A investigação sugere que a formação para o emprego não aumenta a probabilidade de eventual emprego competitivo e que a colocação rápida apresenta maior sucesso. Oito em nove estudos controlados demonstraram melhores resultados de trabalho para participantes que iniciaram uma procura rápida de emprego e colocação em vez de passarem por avaliação, treino de competências e aconselhamento vocacional (Leff & Warner, 2006). O objectivo destas estratégias é melhorar a *performance* no emprego (Bond, 2004).

#### *7. e 8. Avaliação e Apoio Contínuos*

A avaliação mais eficaz deve ser efectuada depois da pessoa com doença mental começar a trabalhar, não antes, como ocorre nos programas de reabilitação vocacional tradicionais (Leff & Warner, 2006). O apoio é mantido por período indefinido, sendo que os programas de

emprego apoiado, continuam a fornecer serviços de suporte aos utilizadores durante muito tempo após a colocação, evitando os prazos artificiais para o seu término (Bond, 2004). Um estudo de *follow-up*, conduzido três anos e meio após colocação através de um programa de emprego apoiado, verificou que o emprego era quase três vezes mais provável para os utilizadores que recebiam suporte contínuo (Meltregio et al., 1998, cit. por Leff & Warner, 2006). Um estudo de *follow-up* para avaliar a conversão de um programa de tratamento em hospital para emprego apoiado, verificou que, 86% dos utilizadores, estavam ainda a receber serviços dez anos mais tarde. No processo de *follow-up*, os utilizadores empregados atribuíram o seu sucesso ao apoio continuado dos profissionais (Leff & Warner, 2006). As pessoas que obtêm um emprego competitivo através do IPS aumentam o seu rendimento, auto-estima, qualidade de vida, integração social e controle dos sintomas (Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo & Bebout, 2001).

### **O Emprego Apoiado e os Contextos Comunitários - Um Programa de Mudança Social transformativa**

Os esforços para uma mudança na saúde mental comunitária, têm sido referidos na literatura como transformativos, quando implicam uma profunda alteração ou mesmo uma inversão de práticas a vários níveis da intervenção: dos utilizadores, dos programas e dos sistemas (Nelson, et al., 2014a). Estes autores propõem que, no modelo transformativo os valores do sistema de saúde mental sejam baseados no *recovery*, no *empowerment*, na integração comunitária, no envolvimento dos utilizadores na organização dos serviços e no acesso a oportunidades para participar e contribuir para a comunidade.

Eklund e Sandlund (2012, cit. por Jorge-Monteiro & Ornelas, 2016) observaram que os participantes de um centro comunitário que utiliza uma abordagem tradicional, apresentavam um baixo nível de escolaridade, que poderia estar relacionado com a falta de alternativas nos serviços. Para colmatar as necessidades expressas pelas pessoas com doença mental, os autores sugerem que deverão ser disponibilizados serviços mais individualizados como a educação apoiada ou o suporte habitacional. Para além disso a preferência pelo emprego competitivo foi relacionada com um decréscimo na satisfação das actividades dos centros de dia, o que também justifica a inclusão dos programas de emprego apoiado na prática da saúde mental comunitária (Eklund, Hansson, & Ahlqvist, 2004; Eklund & Sandlund, 2014, cit. por Jorge-Monteiro & Ornelas, 2016).

Para demonstrar como a intervenção social pode ter um impacto significativo nos processos de mudança dos sistemas sociais, apresenta-se um programa que inspirado nos princípios da psicologia comunitária, tem contribuído para mudar o sistema de saúde mental em Portugal.

Em 1987, um grupo de profissionais, pessoas com doença mental e familiares, criou uma organização não-governamental, denominada Associação Para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) para promover um sistema de serviços de base comunitária. Esta organização de saúde mental comunitária (OSMC) tem procurado, contribuir para a mudança do sistema de saúde mental em Portugal (Ornelas, 2008), influenciando as políticas de desinstitucionalização, promovendo o *advocacy* dos utilizadores com experiência de doença mental e promovendo programas inovadores como a habitação independente e o *Housing First* (Ornelas, Vargas-Moniz & Duarte, 2010). Segundo Jorge-Monteiro (2015), adoptando processos organizacionais transformativos, “*as OSMC (Organizações de Saúde Mental Comunitárias) poderão funcionar como contextos relacionais empoderadores, mediadores do empowerment individual e, consequentemente facilitadores do recovery e da integração comunitária*” (p.5).

Relativamente ao emprego, tem-se considerado estratégia fundamental da AEIPS, a estruturação de suportes adequados e eficazes para a integração profissional das pessoas com doença mental nas empresas. Segundo Ornelas (2008), este paradigma de integração tem facilitado o acesso ao emprego de um número significativo de pessoas. Os profissionais de emprego apoiado podem combater o estigma associado à doença mental através da divulgação estratégica aos empregadores no processo de reabilitação profissional, permitindo que as pessoas com doença mental possam demonstrar o seu potencial de trabalho. O contacto pessoal com pessoas que sofrem de doença mental no local de trabalho e a formação planeada de directores, supervisores e colegas de trabalho, podem combater o estigma tanto no local de trabalho como na comunidade em geral (Waghorn & Lloyd, 2010), tornando ainda, as empresas mais abertas à diversidade.

Segundo Bond et al., (2004) o emprego e o acesso à educação são desafios para as pessoas com experiência de doença mental severa. Segundo McQuilken et al., (2003, cit. por Bond et al., 2004) mais de 85% pessoas com doença mental estão desempregadas, apesar da evidência de que a maioria quer trabalhar e é capaz de trabalhar em emprego competitivo, em detrimento do emprego protegido (Bedell, Draving, Parrish, Gervey & Guastadisegni, 1998, cit. por Bond et al., 2004).

O Programa de Emprego Apoiado desenvolvido pela AEIPS e pela RUMO, defende a integração profissional para as pessoas com experiência de doença mental em empresas competitivas e abertas do mercado de trabalho, com preocupações na área da responsabilidade social. O objectivo é que a integração profissional promova o acesso aos serviços e recursos que estão disponíveis para a restante população. A integração não é feita de forma massificada, mas de forma individualizada, tendo em conta as aspirações e habilidades de cada candidato. Estes programas, pretendem facilitar o contacto e as relações com as pessoas que poderiam ser suportes naturais, como os colegas de trabalho.

O emprego apoiado visa aumentar a integração na comunidade e promover a independência social e económica (Bond et al., 2004). Segundo Bond (2004), o emprego apoiado ajuda os utilizadores a encontrar empregos significativos que se encaixam nas suas preferências, promovendo a sua integração no mercado competitivo de trabalho. Neste modelo, evitam-se as actividades preparatórias de trabalho, comuns nos contextos de saúde mental e, em vez disso, o foco é colocado na pesquisa rápida de trabalho e no processo de colocação dos utilizadores, com base nas suas preferências de trabalho (Bond et al., 2004).

A escolha do utilizador e a autodeterminação também são características fundamentais de um programa de emprego apoiado. Em contraste com as abordagens profissionais tradicionais, o emprego apoiado facilita escolhas reais no emprego (Bond et al., 2004). Segundo dados da literatura, a maioria das pessoas com experiência de doença mental, considera o emprego, um elemento fulcral no seu processo de *recovery* (Rogers, 1995; Steele & Berman, 2001, cit. por Ornelas, 2008), bem como mostram preferência pelo emprego competitivo em detrimento do emprego protegido ou outras modalidades profissionais segregadas (Bond, Dietzen, McGrew & Miller, 1995).

O modelo de Emprego Apoiado, tem por base uma perspectiva de *empowerment* e de defesa dos direitos das pessoas com doença mental, e como objectivo a promoção do acesso a um emprego remunerado no mercado aberto/competitivo de trabalho, sendo que este contexto constitui um espaço privilegiado para aceder a recursos económicos e benefícios sociais, para a aquisição e desenvolvimento de competências para o exercício de papéis sociais valorizados, para o estabelecimento de novas relações e de redes de suporte social, fundamentais para uma participação e inclusão efectiva (Ornelas, Vargas-Moniz & Duarte, 2010).

Através do programa de emprego apoiado da AEIPS, 300 pessoas com doença mental tiveram acesso a experiências profissionais da sua escolha, no mercado aberto e competitivo de trabalho. Num estudo realizado sobre a satisfação dos utilizadores do programa de

emprego apoiado (Duarte, Duarte, Sousa e Amaro, 2003), 77,8% dos participantes indicaram estar muito satisfeitos e 88,9% referiram que a sua vida tinha melhorado em vários aspectos desde que tinham começado a trabalhar. Verificaram-se também níveis elevados de satisfação (90%) relativamente aos serviços de emprego apoiado, tendo a totalidade dos participantes referido que não estaria a trabalhar se não tivesse tido esse apoio.

Os programas de emprego apoiado inserem-se numa visão do desenvolvimento que defende que integrar profissionalmente uma percentagem da população com doença mental traz vantagens ao nível da redução do estigma e do aumento da produtividade, bem como do respeito pela diversidade humana (Ornelas, 2008).

Para atingir o desenvolvimento humano, tem que se reduzir a exclusão social, caracterizada pela pobreza e pela desigualdade. Quer isto dizer que, os países ou regiões devem concentrar-se não apenas no crescimento económico, mas também na distribuição dessa riqueza. Para auxiliar na monitorização da eficiência das políticas adoptadas para atingir o tão discutido desenvolvimento, é imprescindível a existência de um amplo quadro de indicadores de qualidade de vida e desenvolvimento humano (Roque Amaro, 2003).

A maior valia do emprego apoiado é a simplicidade deste conceito, apoiar as pessoas com problemáticas graves a obterem e manterem um emprego competitivo, integrado na comunidade, através de planos de apoio individualmente estruturados (Brooke, Inge, Armstrong e Wehman, 1997; Revell, Kregel, Wehman e Bond, 2000, cit. por Ornelas, 2008).

Um sistema transformativo oferece oportunidades para cada indivíduo alcançar no futuro o que deseja para si (Salzer & Baron, 2014).

## **MÉTODO**

### **I – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO**

O presente estudo foi desenvolvido com pessoas com experiência de doença mental e tem como objectivo conhecer o modo como a integração no mercado de trabalho, através do emprego apoiado, promove a integração comunitária destes utilizadores. Caracteriza-se por um desenho de investigação comparativo, que pretende analisar de forma quantitativa se existem diferenças significativas em termos de integração comunitária (variável dependente), no que concerne aos 2 grupos que se distinguem pela situação profissional (variável independente). Pretende-se assim, verificar se os utilizadores integrados profissionalmente apresentam valores de integração comunitária significativamente diferentes comparativamente

com os utilizadores não integrados profissionalmente, procurando compreender em que medida o acesso das pessoas com experiência de doença mental ao emprego, através de programas de emprego apoiado, sugerem influenciar estatisticamente os seus resultados de integração comunitária.

Com este objectivo constituíram-se duas amostras, uma composta por 31 utilizadores integrados profissionalmente (Grupo 1) e a outra amostra com 31 utilizadores não integrados profissionalmente (Grupo 2). Relativamente à definição metodológica dos grupos, foram incluídos na condição a trabalhar, os participantes integrados aquando da recolha do questionário, os que estiveram integrados em trabalho nos últimos 6 meses e os integrados em estágios em contexto prático de trabalho, em empresas. Esta decisão teve como base um dos princípios do *Individual Placement and Support* (IPS), já referidos neste trabalho, que se refere ao conceito de *rapid job search* (Drake, Bond & Becker, 2012, p.37) e à importância dada por este modelo à formação prática desenvolvida nas empresas, em contexto normal. A amostra foi recolhida, na maioria na AEIPS, devido ao foco desta na saúde mental e uma parte na RUMOS, que se dirige a pessoas em situação de desvantagem, incluindo pessoas com experiência de doença mental. Ambas as organizações, promovem a integração profissional e comunitária, na perspectiva do movimento de emprego apoiado.

A amostra total (N=62) foi seleccionada por conveniência, de acordo com os critérios idade ( $\geq 18$ ), ter uma história pessoal de experiência de tratamento psiquiátrico ou internamento psiquiátrico, ser ou ter sido utilizador dos serviços de uma organização comunitária de saúde mental e ter dado o consentimento de participação na investigação. A amostra foi dividida em função da situação profissional com base na informação prestada pelos técnicos de acompanhamento da(s) organização(ões) onde se realizou a recolha da amostra, bem como do preenchimento do questionário da caracterização sociodemográfica.

As variáveis sociodemográficas recolhidas foram: idade, género, diagnóstico, número de internamentos, estado civil e situação habitacional, habilitações literárias, situação profissional, data da última experiência profissional, experiência profissional, serviços de emprego utilizados e projecto actual. O objectivo será verificar como é que algumas destas variáveis influenciam a integração comunitária em ambos os grupos.

## **II – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

O estudo que iremos realizar irá contar com três questões de investigação:

- (i) Os utilizadores integrados profissionalmente apresentam níveis de integração comunitária (Física, social e psicológica) superiores aos utilizadores não integrados profissionalmente?
- (ii) Estar integrado profissionalmente através do emprego apoiado contribui significativamente para a promoção da integração comunitária (Física, social e psicológica)?
- (iii) Quais as correlações dos níveis de integração comunitária (Física, social e psicológica) com as variáveis sociodemográficas?

### III – INSTRUMENTO

Uma vez que a integração comunitária é conceptualizada na literatura como um constructo multidimensional que abrange não só a presença física na comunidade, mas também o estabelecimento de relações sociais com outros membros, bem como o desenvolvimento de um sentimento de eficácia e de pertença (Wong & Solomon, 2002), seleccionaram-se os instrumentos considerados mais adequados para medir estas dimensões.

Este estudo, enquadra-se numa investigação comparativa pelo que, utilizaram-se instrumentos de pesquisa quantitativa como:

- o Colorado Symptom Index – PT (CSI-PT, Conrad, Yagelka, Matters, Rich, Williams & Buchanan, 2001) para medir os sintomas psiquiátricos;

- a escala da Temple University Community Participation - PT (TUCP-PT, Salzer, 2010) para medir a integração física (participação nas actividades locais) e a integração social (interacções com os membros da comunidade);

- a sub-escala de 3 itens das redes sociais, que mede as interacções sociais através das novas tecnologias, retirada do Community Integration Questionnaire - Revised (CIQ - R, Callaway, Winkler, Trippett, Migliorini, Herd & Willer, 2014);

- o Sense of Community Index, versão 2 (SCI-2), desenvolvido por Chavis, Lee e Acosta (2008) para medir o sentimento psicológico de comunidade.

O Colorado Symptom Index - PT (CSI-PT), mede a frequência de sintomas psiquiátricos experienciados num determinado espaço de tempo. No presente estudo foi utilizada a versão breve de 14 itens, em que o participante avalia a frequência dos sintomas experienciados no último mês, de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos (1- Nunca; 5- Pelo menos todos os dias). Os autores Conrad et al., (2001) encontraram excelente consistência interna ( $\alpha = 0,90$ ) e fiabilidade teste-reteste ( $r = 0,79$ ). A CSI inclui declarações como "No último mês, quantas vezes se sentiu nervoso(a), preocupado(a) ou frustrado(a)?"

"No último mês, quantas vezes teve problemas com pensar demasiado depressa (pensamentos acelerados)?" A escala varia entre uma pontuação de 14 a 70, sendo que os valores mais altos indicam o relato de sintomas psiquiátricos mais frequentes.

A medida Temple University Community Participation (TUCP, 2010, Salzer, traduzida e adaptada por Cruz, Santos, Aires, Oliveira & Jorge-Monteiro, 2015) é uma adaptação efectuada a partir de um estudo publicado sobre a integração física de pessoas com doença mental (Chang, Coster, Salzer, Brusilovskiy, Ni & Jette, 2016). Itens adicionais foram acrescentados com base em feedback sobre áreas importantes da participação de um grupo de indivíduos com uma doença mental grave. Este instrumento inquirir acerca do número de dias de participação nos passados 30 dias, em 26 itens, sem um profissional a acompanhar (os scores possíveis oscilam entre 0 e 780). Perguntas adicionais foram colocadas sobre a importância da área de participação (i. e., Importante Sim/Não) e a suficiência/satisfação percebida de participação (i. e., Suficiente, Insuficiente, Demasiado). Em suma, a medida TUCP avalia a participação com três escalas diferentes de resposta: (1) o número de dias de participação nos últimos 30 dias em 26 áreas sem o acompanhamento de um profissional; (2) a importância percebida de participação numa área e (3) a suficiência percebida de participação. O método de pontuação cria um resultado total para cada escala de resposta. Algumas das áreas referem-se a "Trabalhar com remuneração"; "Ir ao cinema" e "Ir a uma biblioteca".

No âmbito da integração comunitária no campo da saúde física e deficiência, foi desenvolvida uma medida que utiliza indicadores objectivos como o "Community Integration Questionnaire" (CIQ) de Willer, Rosenthal, Kreutzer, Gordon, & Rempel (1993). Na teoria subjacente ao desenvolvimento da CIQ está uma visão da integração comunitária assente na assunção de papéis nos ambientes naturais da comunidade, a qual também vai ao encontro dos interesses das pessoas com experiência de doença mental, tal como é reportado na literatura (Carling, 1995; Chamberlin, 1998; Ware et al., 2008, cit. por Jorge-Monteiro, 2015). Este questionário, originalmente é composto por 15 itens, pertinentes para avaliar as situações normativas de uma vida plena na comunidade, a integração objectiva, e não a percepção de estar incluído e é mais tarde desenvolvido para 18 itens (CIQ-R) (Callaway et al., 2014). A CIQ foi revista com a inclusão de uma sub-escala de 3 itens relativos à interacção através da tecnologia e redes sociais na internet (telefone, computador, etc), variando o seu total entre 3 e 9. A opção de utilizar apenas os 3 itens da sub-escala das redes sociais prendeu-se com o facto de já estarmos a utilizar uma medida, a TUCP, que avalia a integração física e social.

O Sense of Community Index, versão 2 (SCI-2), foi desenvolvido por Chavis, Lee e Acosta (2008) para medir o sentimento psicológico de comunidade. Esta escala foi concebida para ser utilizada em diferentes tipos de comunidades, pelo que, é recomendado que se especifique o tipo de comunidade a que a escala se refere antes da sua administração. No nosso estudo, foi aplicada na perspectiva de vizinhança enquanto comunidade geográfica e relacional. Esta medida tem uma pergunta inicial para ajudar na interpretação dos dados quando necessário (Quão importante é para você sentir um senso de comunidade com outros membros da vizinhança?). O SCI-2 é uma escala composta por 24 itens que poderão ser respondidos de acordo com uma escala de Likert de 1 (“Prefiro não fazer parte desta comunidade”) a 6 (“Muito importante”). Resultados elevados na escala indicam níveis mais elevados de integração comunitária. Utilizámos a versão em português da escala traduzida por Olga Cunha (2016). O SCI-2 foi revisto e estudado numa grande amostra, com a escala total e as subescalas revelando boa fiabilidade ( $\alpha = 0,94$  para a escala total e entre 0,79 e 0,86 para as subescalas) (Chavis, Lee & Acosta, 2008).

As características demográficas e clínicas foram ainda recolhidas no início do questionário através de perguntas de caracterização sociodemográfica com o objectivo de analisar dados que segundo a literatura influenciam a integração comunitária, como por exemplo, o género (Gulcur, Tsemberis, Stefanic & Greenwood, 2007) e a idade (Abdallah et al., 2009) entre outros.

Em suma, o protocolo quantitativo, designado por Questionário, foi assim composto e organizado do seguinte modo (Anexo II):

- a) Consentimento Informado e Consentimento de Participação;
- b) Caracterização Sociodemográfica;
- c) Temple University Community Participation (TUCP – PT, 26 itens)
- d) Sub-escala das redes sociais do Community Integration Questionnaire - Revised (CIQ – R - PT, 3 itens)
- e) Colorado Symptom Index - PT (CSI-PT, versão curta de 14 itens)
- f) Sense of Community Index - 2 (SCI-2, versão de 24 itens)

#### **IV – PROCEDIMENTO**

O recrutamento dos(as) participantes ocorreu nas duas organizações já referidas, na AEIPS e na RUMO, que utilizam a abordagem do Emprego Apoiado para promover a empregabilidades de pessoas adultas com experiência de doença mental. A recolha de dados

foi efectuada, por uma equipa de investigação formada para o efeito (Folha de instruções – Anexo II). A recolha de dados foi efectuada através dos instrumentos atrás referidos.

Os profissionais de ambas as Associações, promoveram, segundo os critérios de elegibilidade fornecidos pela equipa de investigação, o acesso aos(às) participantes para a respectiva recolha dos dados.

Todos(as) os(as) participantes no estudo leram o consentimento informado e assinaram o formulário de consentimento de participação (Anexo II). Os momentos de recolha de dados foram acompanhados por um ou mais elementos da equipa de investigação. A recolha de dados decorreu entre Outubro e Novembro de 2016. Os(as) participantes foram envolvidos no estudo em igual número em cada grupo ( $n=31 + n=31$ ). A cada questionário foi atribuído, pela equipa de investigação, um número (código individual) e posteriormente entregue a cada participante de forma aleatória, de forma a garantir a confidencialidade.

Após a recolha de dados, procedeu-se à respectiva inserção numa base de dados (SPSS v.24) para posterior aplicação de procedimentos estatísticos.

## V – PARTICIPANTES

A amostra foi recolhida por conveniência a 62 utilizadores com experiência de doença mental, sendo os critérios de inclusão: fornecer o consentimento de participação por escrito (Anexo II); ter 18 ou mais anos; ter experiência de doença mental; ser ou ter sido utilizador dos referidos serviços de saúde mental e conhecer e expressar-se razoavelmente em português. Constituíram-se 2 grupos de participantes, 31 utilizadores integrados profissionalmente através do programa de emprego apoiado (Grupo 1) e 31 utilizadores não integrados profissionalmente (Grupo 2). Para a constituição do grupo 1, foi considerado estar ou ter estado integrado profissionalmente nos últimos 6 meses e para a constituição do grupo 2, não estar integrado há mais de 6 meses.

O estudo utilizou o método de inquérito através de questionário, contexto no qual foram aplicados os instrumentos atrás referidos. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos participantes.

**Tabela 1 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes (N=62)**

Característica	<i>n</i> (%)
<b>Idade</b>	
18-33	21 (33.9)

---

34-49	29 (46.8)
50-65	12 (19.4)
<b>Género</b>	
Feminino	29 (46.8)
Masculino	33 (53.2)
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	
Esquizofrenia	29 (46.8)
Desordem bipolar	4 (6.5)
Desordem depressiva	6 (9.7)
Outros diagnósticos psiquiátricos	23 (37.1)
<b>Serviços de Saúde Mental Utilizados</b>	
Emprego apoiado	31 (50)
Outros serviços	31 (50)
<b>Situação Profissional</b>	
Empregado ou em estágio	31 (50)
Desempregado	24 (38.7)
A viver de pensões sociais	7(11.3)
<b>Última Experiência Profissional</b>	
No ultimo mês	23 (37.1)
Nos últimos 6 meses	8 (12.9)
Nos últimos 12 meses	6 (9.7)
Há mais de 12 meses	25 (40.3)
<b>Anos de experiência de trabalho</b>	
Menos de 1 ano	19 (30.6)
1-5 anos	24 (38.7)
6-10 anos	6 (9.7)
11-20 anos	12 (19.4)
21-25 anos	1 (1.6)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro(a)	56 (90.3)
Casado(a) ou União de Facto	5 (8.1)
Divorciado(a)	1 (1.6)
<b>Com quem vive</b>	
Individualmente	10(10)
Esposo(a)/Parceiro(a)	5(5)
Outros familiares	37(37)
Residência de grupo	9(9)
Com outros sem parentesco	1(1)
<b>Habilitações Literárias</b>	
1ºCiclo	4 (6.5)

---

2ºCiclo	7 (11.3)
3ºCiclo	14 (22.60)
Ensino Secundário	22 (35.5)
Licenciatura	15 (24.2)

Relativamente aos dados sociodemográficos dos(as) 62 participantes do estudo, como podemos observar, a amostra revelou uma distribuição equilibrada de participantes por sexo, 29 mulheres e 33 homens, com um escalão etário distribuído pelos intervalos dos 18 aos 33 (N= 21), dos 34 aos 49 (N=29) e dos 50 aos 65 (N=12) (M=38,60; DP=11,16). Relativamente ao diagnóstico psiquiátrico, 19 participantes referiram esquizofrenia, 4 referiram desordem bipolar, 6 referiram desordem depressiva e 23 participantes referiram possuir outros diagnósticos (duplos diagnósticos e outras psicoses). Relativamente aos serviços de saúde mental utilizados actualmente, 31 participantes (50%) referiram utilizar o emprego apoiado e 31 (50%) referiram utilizar outros serviços tais como: consultas; medicação psiquiátrica; fóruns sócio-ocupacionais; apoio domiciliário e residências de grupo.

A situação profissional da nossa amostra caracteriza-se por 31 participantes integrados em trabalho, 24 desempregados e 7 reformados ou a viver de pensões sociais. No que se refere à última experiência profissional tida pelos participantes, considerou-se para este estudo, a participação de 8 pessoas cuja última experiência profissional ocorrera nos últimos 6 meses e a maioria dos participantes do Grupo 1 (N=23) encontrando-se integrada profissionalmente, no mês anterior à aplicação do questionário. O tempo total em estágio, em contexto de trabalho, ou emprego revelou na maioria dos participantes (N=24) uma duração de 1 a 5 anos, seguida de uma experiência inferior a 1 ano (N=19), 12 participantes com uma experiência inferior de 11 a 20 anos, 6 participantes com experiência entre de 6 a 10 e apenas 1 participante referiu uma duração total de trabalho de 21 a 25 anos. Esta distribuição pode ter justificação no facto de a amostra ser constituída por participantes relativamente jovens (M=38,60).

A maioria dos(as) participantes da amostra é solteiro(a) (N=56) e vive com outros familiares, como pais e/ou irmãos(ãs) (N=37).

Relativamente às habilitações literárias, verificamos uma distribuição dos participantes pelos vários graus de ensino, desde o 1.º ciclo até à Licenciatura, contudo a maioria dos(as) participantes detém o ensino secundário (n=22), seguindo-se os participantes com licenciatura (n=15) e o 3º ciclo (N=14).

## VI – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo apresenta um desenho de investigação comparativo, que pretende averiguar os níveis de integração comunitária em pessoas com experiência de doença mental e comparar esses níveis entre dois grupos, em diferente situação profissional, para verificar se há diferenças estatisticamente significativas. Pretende-se ainda correlacionar os níveis de integração comunitária com as variáveis sociodemográficas de ambos os grupos. A questão que queremos explorar com maior detalhe refere-se ao impacto que a integração profissional através do emprego apoiado, tem na integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental. Procura-se ainda compreender em que medida o acesso das pessoas com experiência de doença mental ao emprego sugere influenciar qualitativamente a sua integração na comunidade.

## VII – ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística, foi efectuada através do *software IBM SPSS Statistics* (versão 24). Para a caracterização geral da amostra e dos grupos, e respectivas variáveis sociodemográficas, recorreu-se à estatística descritiva dos dados (tabelas de frequência, medidas de tendência central, dispersão e percentagens). Procederam-se ainda a análises de tabelas de referência cruzada de variáveis sociodemográficas, com a finalidade de apresentar informações sobre a relação bivariada entre duas variáveis, com a respectiva aplicação do teste do Qui-quadrado. Recorreu-se a este teste sempre que precisámos analisar a associação entre uma variável nominal e outra variável nominal ou ordinal.

Para a análise de amostras independentes usou-se o teste *t* de Student para examinar diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos resultados ( $p \leq .05$ ) de médias entre o grupo 1 (integrado profissionalmente) e o grupo 2 (não integrado profissionalmente), relativamente aos totais em todas as escalas e sub-escalas de integração comunitária (física, social e psicológica), bem como da medida CSI (Colorado Symptom Index). Foi ainda aplicado o teste *t* de Student para avaliar diferenças entre os grupos e as variáveis sociodemográficas. Na literatura é sugerido o teste *t* para amostras pequenas ( $n < 30$ ) e com uma distribuição normal, no entanto, de acordo com Pestana e Gageiro (2014), se a amostra for menor ou igual a 30, os testes *t* exigem a verificação da normalidade, pelo que, devido ao tamanho da nossa amostra ( $n=31$ ), não se efectuou a verificação da normalidade.

Analísámos ainda, o coeficiente de correlação de Pearson, para verificar a correlação (e a direcção dessa correlação, se positiva ou negativa) entre as medidas aplicadas (TUCP, sub-escala das redes sociais da CIQ-R, CSI e SCI-2).

## RESULTADOS

Neste campo, iremos abordar em primeiro lugar a análise estatística descritiva e depois através da análise inferencial responderemos às questões de investigação.

Na tabela 2 apresentamos os resultados da análise efectuada aos dados sociodemográficos do grupo 1 (Integrados profissionalmente) e do grupo 2 (Não integrados profissionalmente).

**Tabela 2 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes por grupo: Integrados profissionalmente (Grupo 1) e Não integrados profissionalmente (Grupo 2)**

Característica	Total	Grupo 1	Grupo 2	Estatística		
	(N=62)	n = 31	n = 31			
	N (%)	N (%)	N (%)	<i>X<sup>2</sup> or t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>Idade</b>				.415	2	.812
18-33	21(33.9)	10(32.3)	11(35.5)			
34-49	29(46.8)	14(45.2)	15(48.4)			
50-65	12(19.4)	7(22.6)	5(16.1)			
<b>Género</b>				.065	1	.799
Feminino	29(46.8)	15 (48.4)	14 (45.2)			
Masculino	33(53.2)	16 (51.6)	17 (54.8)			
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>				7.354	3	.061
Esquizofrenia	29(46.8)	13 (41.9)	16 (51.6)			
Desordem bipolar	4(6.5)	1 (3.2)	3 (9.7)			
Desordem depressiva	6(9.7)	6 (19.4)	0 (0)			
Outros diagnósticos psiquiátricos	23(37.1)	11 (35.5)	12 (38.7)			
<b>Internamentos Psiquiátricos</b>						
Antes de começar a trabalhar através de EA	31(100)	17 (54.9)	-			
Depois de começar a trabalhar através de EA	31(100)	3 (9.7)	-			
<b>Serviços de Saúde Mental Utilizados</b>						
Emprego apoiado		31 (50)	-			
Outros serviços		-	31 (50)			
<b>Situação Profissional</b>						
Empregado/estágio	31(50)	31 (50)	-			
Desempregado	24(38.7)	-	24 (38.7)			

A viver de pensões sociais	7(11.3)	-	7 (11.3)			
<b>Última Experiência Profissional</b>				-19.053	60	.000
No último mês	23(37.1)	23 (37.1)	-			
Nos últimos 6 meses	8(12.9)	8 (12.9)	-			
Nos últimos 12 meses	6(9.7)	-	6 (9.7)			
Há mais de 12 meses	25(40.3)	-	25 (40.3)			
<b>Anos de experiência de trabalho</b>				3.103	57.469	.003
Menos de 1 ano	19(30.6)	5 (16.1)	14 (45.2)			
1-5 anos	24(38.7)	12 (38.7)	12 (38.7)			
6-10 anos	6(9.7)	4 (12.9)	2 (6.5)			
11-20 anos	12(19.4)	9 (29.0)	3 (9.7)			
21-25 anos	1(1.6)	1 (3.2)	0 (0)			
<b>Estado Civil</b>				3.086	2	.214
Solteiro(a)	56(90.3)	26 (83.9)	30 (96.8)			
Casado(a) ou União de Facto	5(8.1)	4 (12.9)	1 (3.2)			
Separado(a)	1(1.6)	1 (3.2)	0 (0)			
<b>Com quem vive</b>				3.154	4	.532
Individualmente	10(16.1)	5(16.1)	5(16.1)			
Esposo(a)/Parceiro(a)	5(8.1)	4(12.9)	1(3.2)			
Outros familiares	37(59.7)	17(54.8)	20(64.5)			
Residência de grupo	9(14.5)	4(12.9)	5(16.1)			
Com outros sem parentesco	1(1.6)	1(3.2)	0(0)			
<b>Habilitações Literárias</b>				6.095	4	.192
1ºCiclo	4(6.5)	4 (12.9)	0 (0)			
2ºCiclo	7(11.3)	3 (9.7)	4 (12.9)			
3ºCiclo	14(22.6)	8 (25.8)	6 (19.4)			
Ensino Secundário	22(35.5)	11 (35.5)	11 (35.5)			
Licenciatura	15(24.2)	5 (16.1)	10 (32.3)			

Através da análise da tabela 2 conseguimos verificar que relativamente às variáveis idade, género, diagnóstico psiquiátrico, estado civil, com quem vive e habilitações literárias, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 e o grupo 2.

No que diz respeito aos internamentos psiquiátricos dos participantes do Grupo I (integrados profissionalmente através do Emprego Apoiado), antes e depois da sua experiência profissional, a partir da análise aos resultados obtidos verifica-se um decréscimo substancial no número de internamentos destes participantes, de 17 para 3, tendo havido 11 participantes que revelaram nunca ter sido internados. Este resultado é consistente com a investigação que aponta para uma influência significativa da integração profissional na

redução dos internamentos psiquiátricos, resultado que será aprofundado na discussão deste estudo.

Relativamente à última experiência profissional e aos anos de experiência de trabalho (emprego/estágio), conclui-se que existem diferenças entre o grupo 1 e o grupo 2, uma vez que os resultados mostram diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (as significâncias associadas ao teste *t* foram inferiores a 0,05). O grupo 1, referente às pessoas integradas profissionalmente é composto por mais pessoas com experiências profissionais superiores a 6 anos (N= 14) do que o grupo 2 (N=5), no qual 14 participantes têm experiências profissionais inferiores a 1 ano.

Relativamente à amostra dos participantes integrados profissionalmente (N=31), podemos verificar que 80,6%, estão integrados em empresas privadas, em micro (41,9%) e médias e grandes empresas (38,7%) e num regime de trabalho de 30 horas semanais (38,7%). Algumas das áreas de trabalho referidas são: técnico de apoio à comunidade; assistente administrativa; florista; auxiliar de lar; bordadora; empregado de andares, empregado de armazém; formador; operador de logística, mecânico, operadora de telemarketing, rececionista de hotel, operador de reposição; técnico de informação, documentação e comunicação; técnico de reabilitação psicossocial, entre outras. Algumas das empresas referidas foram: Atelier Joana Vasconcelos; Teleperformance; Centro Cultural e Científico de Macau; TNT; Hospital Cuf Descobertas; EDP; Hotel Real Palácio; Hotel Vip Inn; Mr. Blue, Museu Nacional da Música; Staples; New Code, entre outras.

Uma vez que o objectivo deste estudo é, verificar se os utilizadores integrados profissionalmente apresentam valores de integração comunitária significativamente diferentes comparativamente com os utilizadores não integrados profissionalmente, apresentamos na tabela 3 e na tabela 4, os respectivos resultados.

**Tabela 3 – Diferenças entre médias nas medidas de integração comunitária aplicadas: TUCP, sub-escala das redes sociais da CIQ-R e SCI-2 nos dois grupos**

Variável	Grupo 1 (N=31)		Grupo 2 (N=31)		Estatística <sup>a</sup>		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>TUCP Q1</b>	3.8573	2.38	3.3263	1.36	1.078	60	.286
<b>TUCP Q2</b>	1.5434	1.37	1.3995	.24	.575	60	.568
<b>TUCP Q3</b>	.8065	1.42	.5993	.24	.798	60	.428

<b>CIQ-R (sub-escala redes sociais)</b>	2.2258	.55	2.0430	.57	1.289	60	.202
<b>CSI</b>	1.9032	.82	2.0709	.60	-.918	60	.362
<b>SCI-2</b>	3.6304	1.42	3.6379	1.37	-.918	60	.362

<sup>a</sup>T-Student,  $p \leq 0.05$

No sentido de facilitarmos a compreensão dos resultados, optámos por incluir a tabela 4, na qual apresentados os dados referentes aos dois grupos e as respectivas diferenças.

**Tabela 4 – Resultados do teste *t* de Student dos instrumentos: TUCP, CIQ-R, CSI e SCI-2 nos dois grupos (Somadas)**

Medida	Somas	Diferença Médias	Desvio Padrão	<b>Grupo 1</b> M	<b>Grupo2</b> M
<b>TUCP Q1</b>	<b>Nº Dias</b>	13.80645	12.81188	100.2903	86.4839
<b>TUCP Q2</b>	<b>Suficiência</b>	3.74194	6.51028	40.1290	35.71904
<b>TUCP Q3</b>	<b>Importância</b>	5.38710	6.74804	20.9677	15.5806
<b>CIQ-R (Sub.-escala redes sociais)</b>	<b>Redes Sociais</b>	.54839	.42535	6.6774	6.1290
<b>CSI</b>	<b>Sintomas</b>	-2.29032	2.56003	26.6452	28.9355
<b>SCI-2</b>	<b>Sentimento Comunidade</b>	-.06452	8.50404	87.1290	87.1935

### **Temple University Community Participation (TUCP)**

Os resultados da TUCP, ao nível das respostas às três questões formuladas (Q1, Q2 e Q3), indicam a existência de diferenças estatisticamente pouco significativas nos dois grupos do estudo, ou seja, os níveis de integração física e social dos participantes integrados e dos não integrados profissionalmente revelou, neste estudo, uma similitude (Tabela 3).

Os níveis de participação em actividades sociais e comunitárias, obtidos através da análise às médias de ambos os grupos, revelaram um nível relativamente médio de participação comunitária dos participantes do estudo. O número médio de dias de participação, nos últimos 30 dias, sem o acompanhamento de um profissional, foi de cerca de 100 dias, no grupo 1 e de 86 dias no grupo 2, em actividades diversificadas do dia-a-dia tais como frequentar um recurso ou serviço da comunidade como lojas ou supermercados, ir ao cinema, ir ao jardim ou ao parque, utilizar transportes públicos, frequentar grupos de ajuda-mútua, entre outros (Tabela 4).

Os participantes do Grupo 1 consideram ser suficiente o número de dias em que participam nas actividades (40 de um ponto médio de 39 pontos), atribuindo importância pessoal à maioria das actividades sociais referidas na escala (21 de 26 pontos possíveis) (Tabela 4). No que se refere à suficiência e à importância atribuída às actividades sociais, o Grupo 2 apresenta valores mais baixos do que o Grupo 1, ou seja, estes participantes consideram menos suficientes os dias em que participam nas actividades (35,7) atribuindo menor importância às mesmas (15,5) (Tabela 4). Num estudo desenvolvido por Salzer, Brusilovskiy, Prvu-Bettger e Kottsieper (2014), referente à participação, suficiência e importância através da TUCP, revelou que as pessoas com doença mental estão envolvidas em vários graus numa ampla gama de áreas de participação na comunidade, consideradas importantes, mas a maioria não no grau que elas desejavam. São necessários mais esforços de intervenção para aumentar a suficiência da participação comunitária.

#### **Sub-escala das redes sociais do Community Integration Questionnaire-R**

Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p=.202$ ), na utilização das novas tecnologias para contactos sociais, os resultados nesta medida foram superiores no grupo 1. Uma vez que a escala deste instrumento varia entre o 1 - Todos ou quase todos os dias e o 3 - Nunca ou raramente, quanto mais elevado o score total, menor é a utilização da tecnologia e das redes sociais. Podemos assim, afirmar que, o grupo 1 ( $M=2.2258$ ), que está integrado profissionalmente apresenta níveis inferiores na frequência com que estabelece contacto com outras pessoas, telefonicamente ou através da internet, comparativamente com o grupo 2 ( $M=2.0430$ ), resultados que iremos abordar com o recuso à literatura na discussão (Tabela 3).

#### **Colorado Symptom Index (CSI)**

Relativamente ao CSI, pretendemos medir a frequência de sintomas psiquiátricos experienciados pelos participantes no mês anterior à resposta ao questionário. A escala varia entre uma pontuação de 14 a 70, sendo que os valores mais altos indicam os relatos de

sintomas psiquiátricos mais frequentes. De acordo com os resultados obtidos nos dois grupos, regista-se uma frequência relativamente baixa de sintomas por parte dos participantes do estudo (resultados entre 26 a 28) tendo em consideração os possíveis totais da escala (70). Em relação às diferenças nos dois grupos, os resultados revelam que o grupo dos participantes integrados profissionalmente apresenta uma menor frequência de sintomas (26) comparativamente com o Grupo 2 (28) que refere experienciá-los mais vezes (Tabela 4).

### **Sense of Community Index - 2**

A partir dos resultados da escala seleccionada para a medição do sentimento psicológico de comunidade (integração psicológica) nos participantes do estudo, cujo score varia entre 24 e 144 (os valores mais altos indicam a presença de um sentimento de comunidade mais significativo), verificamos que todos os participantes apresentam um sentimento de comunidade acima do ponto médio da escala (72 pontos) (Tabela 4).

Os resultados indicam que ambos os grupos têm resultados globais semelhantes de integração psicológica, pelo que podemos concluir que quer os participantes integrados profissionalmente (M=3.6304), quer os não integrados (M=3.6379) atribuem um grau de importância às relações com o seu contexto de vizinhança (comunidade geográfica e relacional) e ao papel que a mesma desempenha no seu bem-estar, sentimento de pertença e confiança e na partilha das necessidades e aspirações colectivas (Tabela 3).

Optámos ainda por efectuar uma análise preliminar, uma análise convergente, às medidas aplicadas para percebermos como é que estas se correlacionam (Tabela 5).

**Tabela 5 – Coeficiente de correlação de Pearson entre as medidas de integração comunitária em 62 participantes**

	TUCP_Q1	TUCP_Q2	TUCP_Q3	SCI_2	CSI	CIQ_R (subscale)
TUCP_Q1	1	.563**	.626**	.383**	.000	-.135
		.000	.000	.002	.998	.297
	62	62	62	62	62	62
TUCP_Q2	.563**	1	.980**	.468**	.090	.064
	.000		.000	.000	.488	.621
	62	62	62	62	62	62
TUCP_Q3	.626**	.980**	1	.480**	.066	.067
	.000	.000		.000	.610	.607

	62	62	62	62	62	62
SCI_2	.383**	.468**	.480**	1	-.037	.138
	.002	.000	.000		.776	.285
	62	62	62	62	62	62
CSI	.000	.090	.066	-.037	1	-.005
	.998	.488	.610	.776		.972
	62	62	62	62	62	62
CIQ_R	-.135	.064	.067	.138	-.005	1
(Sub-escala Redes	.297	.621	.607	.285	.972	
Sociais)	62	62	62	62	62	62

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

Podemos verificar que as sub-escalas (Q1, Q2 e Q3) da TUCP apresentam uma correlação muito significativa entre si, bem como com a SCI-2. Segundo Salzer et al. (2014), podemos medir de forma fiável a participação na comunidade pessoas com doença mental usando a medida TUCP. Para estes autores, esta descoberta, deve aumentar a mensuração da participação comunitária como resultado da pesquisa de reabilitação envolvendo esta população, bem como o seu uso como uma ferramenta eficiente de avaliação em ambientes típicos de reabilitação para melhorar os resultados.

Relativamente à TUCP e à CSI, não existe ou é fraca a correlação apresentada, provavelmente porque são instrumentos que medem constructos distintos.

Observamos ainda que, quando a participação aumenta (TUCP, Q1), a sub-escala das redes sociais da CIQ-R tem um comportamento inverso, o que é consonante com os resultados encontrados. O grupo 1 apresenta scores mais elevados nos dias de participação e menor utilização das tecnologias e redes sociais para comunicar.

### **Caracterização da Integração Comunitária em função dos aspectos sociodemográficos da amostra (N=62)**

**Tabela 6 - Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) em função do género (N=62)**

Masculino		Feminino		t	df	p
M	DP	M	DP			

TUCP Q1	3.79	2.037	3.37	1.84	.841	60	0.404
TUCP Q2	1.55	1.33	1.37	.23	.731	60	0.468
TUCP Q3	0.81	1.38	0.57	.22	.921	60	0.361
CIQ-R							
(sub- escala)	2.22	.53	2.03	.59	4.594	-	.036
SCI-2	3.82	1.45	3.41	1.28	1.391	-	.243

Relativamente às medidas de integração comunitária aplicadas, verifica-se que o género não apresenta diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos na TUCP (1, 2 e 3) e SCI-2 ( $p>0.05$ ). Contudo, observam-se diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos na sub-escala das redes sociais da CIQ-R ( $p<0,05$ ), que revela que os homens apresentam uma média superior ( $M=2,22$ ;  $DP=,53$ ) à média apresentada pelas mulheres ( $M=2,03$ ;  $DP=,59$ ). Logo as mulheres utilizam mais a tecnologia para comunicar com os outros do que os homens.

**Tabela 7 - Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escla das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) em função do grupo etário (N=62)**

Grupo etário		TUCP Q1	TUCP Q2	TUCP Q3	CIQ-R (sub-escala)	CSI	SCI-2
18-33	M	2.94	1.28	.43	1.79	1.92	3.26
	DP	1.52	.238	.17	.52	.80	1.45
34-49	M	4.03	1.66	.93	2.27	1.97	3.95
	DP	2.34	1.40	1.44	.51	.55	1.38
50-65	M	3.65	1.34	.61	2.38	2.12	3.49
	DP	1.15	.22	.26	.48	.92	1.15
F		1.993	1.030	1.507	7.263	.306	1.631
p		.145	3.63	.230	.002	.738	.204

Relativamente à variável idade, a média das medidas aplicadas, obtida nos 3 grupos etários, revela que não existem diferenças estatisticamente significativas com excepção na sub-escala das redes sociais da CIQ-R ( $p<0,05$ ), onde a faixa etária entre os 50-65 anos é a que utiliza menos as tecnologias e redes sociais para comunicar com outras pessoas ( $M=2,38$ ;  $DP=,48$ ) e o grupo mais jovem, com idades entre os 18 e os 33 anos apresenta uma frequência na utilização destes recursos superior aos outros grupos ( $M=1,79$ ;  $DP=,52$ ). Num estudo realizado

por Brusilovskiy, Townley, Snethen e Salzer (2016), os indivíduos com pelo menos uma conta nas redes sociais são significativamente mais jovens do que aqueles que não utilizam as redes sociais.

**Tabela 8 - Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) e da escala de sintomas (CSI) em função do diagnóstico psiquiátrico (N=62)**

Diagnóstico		TUCP Q1	TUCP Q2	TUCP Q3	CIQ-R (sub- escala)	CSI	SCI-2
Esquizofrenia	M	3.63	1.41	.63	2.31	2.10	3.88
	DP	1.44	.20	.21	.47	.69	1.14
Desordem bipolar	M	3.48	1.43	.74	2.25	1.98	3.77
	DP	.679	.25	.17	.68	.61	1.65
Desordem depressiva	M	3.72	1.20	.48	2.11	2.58	2.57
	DP	2.97	.18	.24	.72	.99	1.25
Outro	M	3.52	1.62	.83	1.89	1.68	3.56
	DP	2.39	1.59	1.66	.54	.56	1.58
F		.026	3.49	.249	2.543	3.327	1.559
p		.994	.790	.862	.065	<b>0.26</b>	.209

Comparando os níveis de integração em relação aos vários diagnósticos, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas nas medidas aplicadas ( $p > 0,05$ ) pelos diferentes grupos de diagnóstico estudados. No entanto, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas na escala de sintomas (CSI) ( $p < 0,05$ ). O teste post-hoc de Tukey demonstra que as diferenças nas médias obtidas na CSI se manifestam no grupo de participantes com desordens depressivas que apresenta maior frequência de sintomas.

**Tabela 9 - Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) e da escala de sintomas (CSI) em função da situação habitacional (N=62)**

Situação habitacional	TUCP Q1	TUCP Q2	TUCP Q3	CIQ-R (sub- escala)	CSI	SCI-2
-----------------------	---------	---------	---------	---------------------------	-----	-------

		escala)					
Individualmente	M	4.08	2.10	1.30	2.36	1.94	3.81
	DP	3.08	2.38	2.49	.61	.61	2.01
Esposo(a)/Parceiro(a)	M	3.75	1.18	.42	2.00	1.38	3.48
	DP	2.27	.15	.13	.52	.22	1.50
Outros familiares	M	3.47	1.36	.56	2.06	1.96	3.54
	DP	1.20	.25	.22	.54	.73	1.30
Residência de grupo	M	3.35	1.36	.74	2.14	2.22	3.80
	DP	1.20	.15	.25	.52	.37	1.04
F		.283	1.330	1.140	1.267	4.315	.160
p		.888	.270	.347	.294	.004	.958

Os resultados apresentados indicam diferenças estatisticamente significativas, ao nível da escala de sintomas com as variáveis habitacionais, sendo a média de sintomas mais elevada nos participantes, que vivem em residências de grupo (M=2,22; DP=3,80) e os participantes que relatam menor frequência de sintomas são os que vivem com o esposo(a)/parceiro(a). Segundo Yanos et al, (2012), referem que a estabilidade habitacional está associada com melhor integração social, não sendo os sintomas da doença um impedimento à integração comunitária.

**Tabela 10- Média da Integração Comunitária (TUCP, Sub-escala das redes sociais da CIQ-R, SCI-2) e da escala de sintomas (CSI) em função das habilitações literárias (N=62)**

Habilitações Literárias		CIQ-R					
		TUCP Q1	TUCP Q2	TUCP Q3	(sub- escala)	CSI	SCI-2
1º Ciclo	M	5.01	3.24	2.52	2.66	1.92	4.84
	DP	4.63	3.73	3.90	.27	.57	2.12
2º Ciclo	M	3.35	1.41	.63	2.47	2.64	4.24
	DP	1.00	.20	.17	.32	.77	.99
3º Ciclo	M	2.71	1.21	.45	2.07	1.73	3.23
	DP	1.19	.23	.19	.54	.80	1.45
Ensino Secundário	M	3.65	1.34	.57	2.09	1.95	3.33
	DP	1.87	.24	.26	.61	.60	1.28
Licenciatura	M	4.05	1.44	.66	1.95	1.98	3.83
	DP	1.78	.21	.22	.54	.68	1.25
F		1.550	4.379	4.264	2.159	2.045	.100
p		.200	.004	.004	.085	1.823	.137

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões 2 e 3 da TUCP ( $p < 0,05$ ). O teste post-hoc de Scheffe demonstra que essas diferenças se verificam ao nível do 1º ciclo, sendo que ao nível da licenciatura é mais elevada a percepção da participação ser suficiente, bem como a importância de participar nas actividades da comunidade.

## **DISCUSSÃO**

A análise dos dados apresenta-nos ligeiras diferenças nos resultados de integração comunitária dos dois grupos em estudo, nas dimensões física, social e psicológica. Contudo, as diferenças não se revelam significativamente fortes, pelo que iremos reflectir nos determinantes do estudo e das amostras seleccionadas.

O facto de termos obtido scores com diferenças pouco significativas entre os dois grupos, nos diferentes níveis e dimensões da integração comunitária bem como na frequência de sintomas, pode encontrar justificação no facto da amostra do Grupo 2 (não integrados profissionalmente) ser constituída, na totalidade, por participantes que frequentam um conjunto de actividades integradas numa das organizações participantes – a AEIPS.

Esta organização promove um sistema de serviços de base comunitária, com o objectivo de promover o *recovery* de pessoas com doença mental através de processos de *empowerment*. Nesta organização, a intervenção é individualizada e focalizada na mobilização de recursos naturais para aumentar as redes sociais de suporte, promovendo uma participação efectiva das pessoas com experiência de doença mental na comunidade (Ornelas, 2008). Sendo os seus serviços, como já vimos orientados para o *recovery* e para a integração comunitária de pessoas com experiência de doença mental, é ainda difundida uma cultura de esperança e relações colaborativas entre profissionais e utilizadores (Duarte & Ornelas, 2008). Segundo Waghorn e Lloyd (2010), nem todas as pessoas com doença mental consideram o emprego competitivo como um objectivo. Para algumas pessoas, os papéis socialmente relevantes como estudantes, utilizadores de serviços de saúde mental, voluntários, parceiros, pais e cuidadores podem ser igualmente importantes, dependendo das circunstâncias pessoais e da medida em que cada papel alternativo oferece significado e propósito à vida.

Dos 31 participantes não integrados profissionalmente, verificamos a existência de um número significativo de pessoas que participa noutras actividades tais como formação profissional (64,5%); integração e apoio escolar (16,1%) actividades desportivas (29%); actividades de voluntariado na comunidade (12,9%) e caminhadas e actividades culturais (3,2%). O facto de a amostra ser constituída por participantes que, na sua totalidade, frequenta

os serviços da AEIPS, remete-nos para a possibilidade de serem, por isso, participantes envolvidos e utilizadores dos recursos da comunidade, como por exemplo, transportes públicos; cafés ou restaurantes da comunidade, grupos de ajuda mútua ou de auto-representantes, uma vez que a sua participação na organização de base comunitária implica mobilização na comunidade.

Da amostra de participantes profissionalmente integrados (N=31), 15 participantes frequentam grupos de ajuda mútua e 10 participam na reunião pós-laboral (Anexo E, p.140). Segundo um estudo desenvolvido por Barreira, Tepper, Gold, Holley & Macias (2011), sobre um programa de reabilitação psicossocial, demonstraram uma associação positiva entre o emprego *mainstream*, o suporte entre pares nas actividades da comunidade local e a melhoria da vida social, sugerindo que a realização do trabalho melhorou a vida social dos indivíduos empregados incentivando a transferência de amizades de um programa de apoio para a comunidade onde essas amizades continuaram a prosperar. Os autores concluem, referindo que os programas de reabilitação psicossocial, destinados a promover tanto o apoio entre pares quanto a integração social, devem adicionar programas de emprego apoiado à sua gama de serviços de reabilitação.

Os serviços de saúde mental prestados na comunidade, contrariamente aos que se encontram em estruturas mais segregadas (estruturas hospitalares), têm como objectivo promover o acesso das pessoas aos recursos. Segundo Nelson et al. (2014b), as organizações centradas na comunidade, priorizam as intervenções de acordo com os contextos comunitários naturais, em vez de contextos segregados. A AEIPS, oferece um leque de serviços diversificado, não tendo como única resposta o emprego apoiado, permitindo aos seus utilizadores participarem noutras actividades socialmente relevantes e valorizadas como a educação apoiada; a ajuda mútua; oportunidades de formação e de voluntariado na comunidade e a participação em grupos de auto-representantes com o objectivo da defesa dos direitos das pessoas com experiência de doença mental. Num estudo realizado por Jorge-Monteiro e Ornelas (2016), uma amostra de 93 utilizadores de uma organização de saúde mental centrada na comunidade, foi comparada com um grupo correspondente de utilizadores de organizações com abordagens de reabilitação tradicionais. Os resultados demonstraram que os utilizadores da organização centrada na comunidade, estavam mais envolvidos em programas orientados para o *recovery*; atingiram níveis mais elevados de objectivos pessoais e esperança, e de integração comunitária. Este estudo refere ainda que o envolvimento em programas orientados para o *recovery*, como o emprego apoiado ou a habitação independente, revelam melhores resultados para os participantes ao nível do *recovery*, *empowerment* e

melhores resultados de integração na comunidade do que para os participantes não envolvidos nesses programas.

Assim, o facto de haver participantes não integrados em contextos profissionais e estes fazerem parte de um contexto que promove a sua participação noutras actividades e a outros níveis, com base na sua escolha e autodeterminação, representa também, segundo os resultados de investigação do presente estudo, um factor determinante para o aumento dos seus níveis de participação e integração comunitária.

Relativamente às questões de investigação levantadas:

(i) Os utilizadores integrados profissionalmente apresentam níveis de integração comunitária (Física, social e psicológica) superiores aos utilizadores não integrados profissionalmente?

(ii) Estar integrado profissionalmente através do emprego apoiado contribui significativamente para a promoção da integração comunitária (Física, social e psicológica)?

(iii) Quais as correlações dos níveis de integração comunitária (Física, social e psicológica) com as variáveis sociodemográficas?

Ao nível dos resultados, verificamos que de uma forma estatisticamente não significativa os participantes integrados profissionalmente, têm scores totais de integração física e social (TUCP), superiores ao grupo de participantes que não se encontra profissionalmente integrado. Na definição de integração comunitária proposta por Wong & Solomon (2002), os autores compreendem a integração física, referindo-se à extensão com que as pessoas com experiência de doença mental passam o tempo fora das suas casas, participam de actividades comunitárias e usam os recursos comunitários por iniciativa própria (Segal et al., 1980, cit. por Wong & Solomon, 2002) e a integração social, abrangendo as dimensões, interacção e rede social, das pessoas com doença mental com outros membros de sua comunidade em contextos normativos (Wolfensberger & Thomas, 1983, cit. por Wong & Solomon, 2002).

Relativamente à utilização de redes sociais e novas tecnologias (sub-escala das redes sociais da CIQ-R), os participantes que trabalham, referem utilizar estes recursos com menos frequência do que os que não estão integrados em trabalho. Provavelmente devido ao facto de terem menos tempo para utilizar estes recursos para contactos sociais. Segundo Brusilovskiy, Townley, Snethen e Salzer (2016), existe pouca investigação sobre a utilização das redes sociais (por exemplo, Facebook, Twitter, entre outras) por pessoas com experiência de doença mental. Uma questão de particular interesse prende-se com, em que medida a utilização das redes sociais *on-line* está associada à participação dessas pessoas na comunidade,

envolvimento cívico e resultados psicossociais. Os resultados do estudo desenvolvido por estes autores, referem que, maior utilização das redes sociais parece estar associada a um maior envolvimento na comunidade sem repercussões negativas ao nível da solidão, sintomas ou qualidade de vida. As intervenções que apoiam o uso de redes sociais entre indivíduos com doença mental podem ter importantes benefícios na sua integração comunitária (Brusilovskiy et al., 2016).

No que respeita ao sentimento psicológico de comunidade (SCI-2), apesar de não existirem diferenças significativas, o grupo não integrado apresenta percepções de integração, ligeiramente superiores ao grupo não integrado. Esta dimensão reflecte, como os participantes se vêem como membros da sua comunidade, expressando uma conexão emocional com seus vizinhos, acreditando nas suas próprias capacidades de satisfazer as suas necessidades através de seu bairro, e exercendo influência sobre a sua comunidade (Aubry & Myner, 1996, McMillan & Chavis, 1986). Segundo Salzer, Brusilovskiy, Prvu-Bettger, e Kottsieper (2014), sem dados normativos é difícil avaliar a extensão da integração na comunidade de pessoas com experiência de doença mental.

Relativamente aos resultados obtidos na escala de sintomas (CSI), verificámos que apesar de não existirem diferenças significativas, os participantes integrados profissionalmente relataram menor frequência de sintomas experienciados. No modelo de "vulnerabilidade ao stress", Krupa (2004) sugere que os elementos *stressantes* da vida podem exacerbar os sintomas em pessoas com doença mental vulneráveis. No entanto, segundo Honey (2004) em vez de evitar o stress do emprego, os participantes do seu estudo tendem a persistir até encontrarem um equilíbrio entre os elementos stressantes e os benefícios do trabalho.

Segundo Baron e Salzer (2002), há vários factores contextuais que contribuem para as elevadas taxas de desemprego entre as pessoas com doença mental grave, que estão menos relacionados com a natureza da doença mental e mais relacionados com as características socioeconómicas, características estas que partilham com as pessoas sem desvantagem no mercado laboral. Especificamente, baixa escolaridade, inibição das redes sociais e pobreza (todos factores que inibem as perspectivas de emprego da população em geral) também afectam as perspectivas de emprego das pessoas com doença mental. Sugere-se aqui que tais características colocam as pessoas com e sem incapacidade numa desvantagem significativa em termos de carreira. As exigências de, trabalhar persistentemente em tempo integral, a capacidade de resolver crises pessoais sem ausências significativas do local de trabalho, o

domínio de uma gama significativa de habilidades cognitivas e um nível razoável de realização académica, afectam a vida de todas as pessoas, com e sem desvantagem.

Rogers, Anthony, Cohen e Davies (1997), descobriram que o diagnóstico não era preditivo depois de controlar a presença de sintomas, e Cook e Razzano (2000, cit. por Baron & Salzer, 2002) sugeriram que pode ser a frequência e a intensidade com que as pessoas experimentam sintomas psiquiátricos que podem explicar as diferenças nas taxas de emprego, e não o diagnóstico. Por exemplo, um estudo de 275 participantes de um programa de reabilitação psicossocial encontrou correlações negativas significativas entre a presença actual de sintomas e as capacidades de trabalho e empregabilidade (Rogers, Anthony, Cohen & Davies, 1995).

Neste estudo, definimos a integração no trabalho como a inclusão no mercado aberto, em empresas *mainstream* através de programas de emprego apoiado, estando subjacente a ideia de que as pessoas com doença mental têm o direito de desenvolver plenamente os seus planos de carreira, de ter igualdade de oportunidades no mercado de trabalho, bem como acesso à formação de que necessitam (Kirsh, Stergiou-Kita, Gewurtz, Dawson, Krupa, Lysaght & Shaw, 2009).

Na área da saúde mental, a visão predominante sustenta que as pessoas com doença mental podem e querem trabalhar. O trabalho é visto como uma fonte de identidade para além da doença, e oferece oportunidades para procurar e encontrar novos desafios (Kirsh et al., 2009).

Segundo Hughes e colaboradores (cit. por Kirsh et al., 2009), os benefícios da integração profissional estão intimamente ligados aos resultados da integração social, com uma filosofia subjacente de que os indivíduos com incapacidade intelectual têm igual direito de acesso a oportunidades de emprego (Huang & Rubin, 1998, cit. por, Kirsh et al., 2009). A pesquisa em pessoas com lesão cerebral e doença mental são o espelho desses resultados. Dawson, Schwart, Winocur e Stuss (2007, cit. por Kirsh et al., 2009), mostraram que os trabalhadores com lesão cerebral são menos deprimidos e têm um maior locus de controlo interiorizado do que os não trabalhadores. As investigações na área da saúde mental têm sugerido que podem existir benefícios relacionados com taxas reduzidas de hospitalização e melhoria no funcionamento (Mueser et al., 1997; Scheid & Anderson, 1995, cit. por, Kirsh et al., 2009), bem como o aumento da auto-estima, satisfação com a vida (Kirsh et al., 2005, cit. por, Kirsh et al., 2009) e satisfação com a situação financeira (Mueser et al., 1997, cit. por, Kirsh et al., 2009). Arns e Linney (1993, cit. por, Kirsh et al., 2009) relataram que as melhorias na situação de trabalho ao longo de seis meses resultaram num maior sentido de

auto-eficácia e satisfação geral com a vida. Assim, nos grupos em situação de desvantagem, a integração em ocupações produtivas tem um impacto melhorativo na saúde e nos resultados funcionais, na integração social, e na satisfação com a vida e situação financeira.

A partir da pesquisa bibliográfica efectuada, de que são exemplo os autores, Dunn e colaboradores (2008), concluíram que o trabalho ajuda os participantes a lidar com os sintomas psiquiátricos, sendo as rotinas diárias no trabalho experienciadas como estabilizadoras. Segundo Gulcur, et al. (2007) o poder de escolha e o controlo das próprias vidas contribuem para menos sintomas, sendo necessário o desenvolvimento de políticas e respostas que encorajem os utilizadores a reganharem o controlo das suas vidas.

Outros autores como Wong e Solomon (2002), usaram o modelo de ecossistema de Moos (1997, cit. por Abdallah et al., 2009) para explorar factores associados à integração comunitária. Este modelo teoriza que a integração comunitária é afectada por determinantes pessoais como as características sociodemográficas, os sintomas psiquiátricos, a saúde e o funcionamento, assim como determinantes ambientais (Abdallah et al., 2009). Segundo um estudo realizado por Jorge-Monteiro (2015), a integração comunitária é afectada pela situação habitacional e de emprego dos participantes. Os participantes que vivem com outros em residências e que são reformados, têm os valores mais baixos de integração comunitária. Contrariamente o envolvimento em programas de emprego apoiado e habitação independente está associado com níveis de integração comunitária e relação positiva com os processos de empowerment e *recovery*.

As especificidades do programa de emprego apoiado da AEIPS, referidas por Shinn (2014), demonstram que os participantes são integrados individualmente, numa variedade e conjunto não limitado de postos de trabalho de acordo com a sua escolha, onde a informação sobre as opções e necessidades é fornecida, bem como um suporte contínuo e individualizado na tomada de decisão, para que os participantes possam manter com sucesso os objectivos profissionais. No programa de emprego apoiado da AEIPS, os participantes controlam o planeamento, implementação e avaliação do seu próprio projecto de emprego, dando às pessoas com experiência de doença mental a mesma oportunidade de integração individual em empregos inseridos em ambientes regulares, como a maioria das pessoas usufruem (Ornelas et al., 2014).

Como já referimos, actividades significativas podem contribuir para o processo de *recovery*, através da participação activa em actividades estruturadas, sociais, recreativas, voluntárias, artísticas e educativas. Apoiar as pessoas com doença mental a participar na educação através do uso de estratégias especializadas, é conhecida como educação apoiada.

Segundo Waghorn e Lloyd (2010), a educação apoiada tem sido investigada extensivamente nos EUA, e quando adaptada especificamente para pessoas com doença mental, pode contribuir para o desenvolvimento da sua carreira. Um estudo longitudinal e uma análise secundária dos dados do Inquérito nacional à saúde dos EUA sobre a incapacidade, ligaram o nível de instrução ao aumento dos resultados no emprego e a um maior estatuto de emprego. Dois inquéritos nacionais encontraram ligações positivas entre a escolaridade e o emprego actual e o emprego duradouro entre as pessoas com doença mental. Entre aqueles que não completaram o ensino secundário, 11,6% das pessoas com transtornos psicóticos relataram emprego actual. A proporção empregada aumentou com a conclusão do ensino secundário (22,1%), qualificação profissional (34,3%) e obtenção de bacharelado ou superior (46,7%). Existem também evidências de que a educação apoiada contribui para a integração na comunidade (Bond et al., 2004).

Num estudo longitudinal realizado por Burke-Miller et al. (2006), a partir da análise dos dados, foram identificadas características demográficas associadas a resultados de emprego. Os autores descobriram que as pessoas com um historial de trabalho mais recente, mais jovens e com licenciatura tinham maior probabilidade de conseguir um emprego competitivo e de trabalhar mais horas por mês, enquanto a raça e o género variavam segundo os resultados de emprego.

Quanto às limitações e implicações para a prática, o facto de não termos encontrado diferenças demográficas entre os grupos, dá-nos confiança que os dois grupos são equivalentes, no entanto a maior limitação deste estudo refere-se à possibilidade de generalização a partir dos resultados descritivos que são apresentados. A amostra seleccionada para este estudo provem de um ambiente urbano, que tem potencial para afectar a participação de forma positiva ou negativa. Por exemplo, a média de utilização de transportes públicos, provavelmente seria inferior em localidades onde o acesso a estes recursos se encontra mais dificultado. Segundo Byrne et al., (2013, cit. por Salzer et al., 2014), o acesso a serviços de saúde mental num local urbano, estará mais facilitado, comparando com a população em geral do que noutras comunidades. E ainda, os resultados relativamente aos níveis de participação podem não ser generalizáveis a populações com outras características sociodemográficas. No entanto, não temos razões para suspeitar que os dados obtidos sobre a importância e suficiência podem não ser generalizáveis além da nossa amostra, sendo que mais investigação é necessária para esta confirmação. Uma outra possível limitação refere-se ao facto da participação comunitária ser reportada de forma retrospectiva (últimos 30 dias), em oposição a outros métodos de avaliação da participação, como o GPS

(*Global Positioning Systems*) ou avaliações ecológicas momentâneas, que podem traduzir diferenças nos resultados de participação (Salzer et al., 2014).

Seria interessante em estudos futuros, o grupo de comparação ser constituído por participantes que não estão envolvidos em organizações de base comunitária.

### **Conclusões**

Segundo Bond et al., (2004) as práticas que enfatizam a integração na comunidade têm demonstrado, de forma consistente, serem mais eficazes do que, as abordagens clínicas e segregadas, quer falemos de emprego, de realização académica ou alternativas residenciais.

São necessárias políticas e medidas para a criação de serviços para obtenção de emprego regular e de habitação individualizada com apoio, promotores da integração comunitária (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2016).

Com este estudo e tal como refere Salzer et al. (2014), fica claro que as pessoas com doença mental estão envolvidas em actividades comunitárias sem o envolvimento dos profissionais. A utilização dos transportes públicos, o fazer recados, a ida às compras e as idas ao café são as áreas com maiores níveis de participação. Estes resultados são consonantes com a literatura que refere que o trabalho é muitas vezes referido como sendo importante para as pessoas (Baron & Salzer, 2002).

De acordo com vários autores (Aubry & Myner, 1996; Carling, 1995; Ornelas, Duarte & Monteiro, 2014; Salzer & Baron, 2014; Ware et al., 2007, 2008; Wong & Solomon, 2002, cit. por Jorge-Monteiro, 2015), o elemento transformador da integração comunitária refere-se à existência de oportunidades objectivas para as pessoas com experiência de doença mental terem uma vida plena na comunidade, usarem os ambientes regulares e desenvolverem relações sociais com outras pessoas fora do sistema de saúde mental.

Uma nova geração de programas de emprego está provavelmente no horizonte, com o crescente reconhecimento de que deve ser dada mais atenção à integração do emprego apoiado com programas de educação apoiada, promover com os utilizadores uma melhor preparação para a divulgação da sua experiência de doença mental junto dos seus colegas e supervisores, de forma a garantir as adaptações necessárias e a combater o estigma e a utilização de utilizadores especialistas, certificados como técnicos vocacionais (<http://tucollaborative.org/community-inclusion/resources/employment-resources/>).

A generalização dos resultados deste estudo é limitada, devido à nossa amostra ser convenientemente seleccionada. Apesar desta limitação, pode ser útil considerar estes

resultados no planeamento de programas de emprego apoiado ou outros programas orientados para o recovery e integração comunitária de pessoas com experiência de doença mental.

Os resultados do nosso estudo, levam-nos a defender a difusão de programas orientados para a integração comunitária, nomeadamente o emprego apoiado, a educação apoiada e a habitação independente, visando a difusão da integração profissional para as pessoas com experiência de doença mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdallah, C., Cohen, C. I., Sanchez-Almira, M. D., Reyes, P., & Ramirez, P. (2009). Community integration and associated factors among older adults with schizophrenia. *Psychiatric services*, 60 (12), 1642-1648.
- Amaro, J. P. (2007). Sentimento psicológico de comunidade: Uma revisão. *Análise Psicológica*, 25-33.
- Amaro, R. R. (2003). Desenvolvimento— Um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática e da prática à teoria. *Cadernos de Estudos Africanos*, (4), 35-70.
- Aubry, T., & Myner, J. (2009). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbors. *Canadian journal of community mental health*, 15(1), 5-20.
- Aubry, T., Flynn, R. J., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social Role Valorization in Community Mental Health Housing: Does it Contribute to the Community Integration and Life Satisfaction of People with Psychiatric Disabilities? *Journal of community psychology*, 41(2), 218-235.
- Barreira, P. J., Tepper, M. C., Gold, P. B., Holley, D., & Macias, C. (2011). Social value of supported employment for psychosocial program participants. *Psychiatric Quarterly*, 82(1), 69-84.
- Becker, D. R., Bebout, R. R., & Drake, R. E. (1998). Job preferences of people with severe mental illness: A replication. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 46.

- Becker, D., Whitley, R., Bailey, E. L., & Drake, R. E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric services*.
- Baron, R. C., & Salzer, M. S. (2002). Accounting for unemployment among people with mental illness. *Behavioral sciences & the law*, 20(6), 585-599.
- Bond, G. R., Dietzen, L. L., McGrew, J. H., & Miller, L. D. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 40(2), 75-94
- Bond, G. R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11.
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489–501
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rapp, C. A., & Zipple, A. M. (2004). How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 569-588.
- Bond, G.R., & Drake, R.E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1), 69-73, doi:10.1007/s10488-012-0444-6.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Becker, D. R. & Noel, V. A. (2016). Sustaining Individual Placement and Support (IPS) services; the IPS learning Community. *World Psychiatry*, 15(1), 81-83.

- Brusilovskiy, E., Townley, G., Snethen, G., & Salzer, M. S. (2016). Social media use, community participation and psychological well-being among individuals with serious mental illnesses. *Computers in Human Behavior*, *65*, 232-240.
- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., Leff, H. S., ... & Hoppe, S. K. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community mental health journal*, *42*(2), 143-159.
- Burroughs, S. M., & Eby, L. T. (1998). Psychological sense of community at work: A measurement system and explanatory framework. *Journal of community psychology*, *26*(6), 509-532.
- Callaway, L., Winkler, D., Tippet, A., Migliorini, C., Herd, N. & Willer, B. (2014). *The Community Integration Questionnaire-Revised (CIQ-R)*. Melbourne, Australia: Summer Foundation Ltd.
- Chang, F. H., Coster, W. J., Salzer, M. S., Brusilovskiy, E., Ni, P., & Jette, A. M. (2016). A multidimensional measure of participation for adults with serious mental illnesses. *Disability and rehabilitation*, *38*(7), 695-703.
- Chavis, D. M., Lee, K. S., & Acosta, J. D. (2008). The sense of community (SCI) revised: The reliability and validity of the SCI-2. In *2nd international community psychology conference, Lisboa, Portugal*.
- Conrad, K. J., Yagelka, J. R., Matters, M. D., Rich, A. R., Williams, V., & Buchanan, M. (2001). Reliability and validity of a modified Colorado Symptom Index in a national homeless sample. *Mental Health Services Research*, *3*(3), 141-153. doi:10.1023/a:1011571531303
- Drake, R. E., & Bond, G. R. (2011). IPS support employment: A 20-year update. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *14*(3), 155-164.

- Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2012). *Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.
- Duarte, S.C., Duarte, T., Sousa, A., & Amaro, J. P. (2003). *Emprego Apoiado: Abordagem à Satisfação dos Utentes. Estudo monográfico*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Duarte, T. & Ornelas, J. (2008). Serviços de suporte comunitário orientados para o recovery das pessoas com experiência de doença mental. Relatório de Investigação. Lisboa, PT: ISPA IU.
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. 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.
- Equal (2006). *Manual dos Percursos Integrados de Inserção*. Projecto Emprego Apoiado.
- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., & Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 211-228.
- Honey, A. (2004). Benefits and drawbacks of employment: Perspectives of people with mental illness. *Qualitative Health Research*, 14(3), 381–395.
- Jorge-Monteiro, M. F., Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas-Moniz, M., & Ornelas, J. H. (2014). What transformation? A qualitative study of empowering settings and community mental health organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 5(1).
- Jorge-Monteiro, M. F. (2015). *Contributos do modelo “Empowerment-Comunidade” para a mudança transformativa na saúde mental comunitária: Análise comparativa* (Doctoral dissertation, ISPA–Instituto Universitário).

- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2016). "What's wrong with the seed?" A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health. *Community mental health journal*, 1-13.
- Kirsh, B., Stergiou-Kita, M., Gewurtz, R., Dawson, D., Krupa, T., Lysaght, R., & Shaw, L. (2009). From margins to mainstream: what do we know about work integration for persons with brain injury, mental illness and intellectual disability? *Work*, 32(4), 391-405.
- Krupa, T. (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: Integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 8–15.
- Leff, J., & Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge University Press.
- McMillan, D., & Chavis, D. (1986). Sense of community: Definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23
- 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., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014a). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. New York: Oxford University Press
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014b). Transformative change in community mental health: A community psychology framework. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 3-20). New York: Oxford University Press.
- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. New York: Cambridge University Press.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa. Fim de Século.

- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: a story from the field of mental health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31. Retrieved from <http://www.gjcpp.org/pdfs/2009-0013%20Final%20Copy-010710.pdf>
- Ornelas, J., Duarte, T. & Jorge-Monteiro, M. F. (2014). Transformative Organizational Change in Community Mental Health. In Nelson, G., Kools, B. & Ornelas, J. (Eds.), *Community psychology and community mental health: towards transformative change*. Oxford: Oxford University Press
- Pestana, M. H , & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 6ª edição. Edições Sílabo. Lisboa.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Cohen, M., & Davies, R. R. (1997). Prediction of vocational outcomes using demographic and clinical indicators. *Community Mental Health Journal*, 33(2),99-112.
- Salzer, M., & Baron, R. C. (2006). Community integration and measuring participation. *University of Pennsylvania School of Medicine Philadelphia, Pennsylvania*.
- Salzer, M. S. (2010). Temple University Community Participation Measure (TempleCP). *Technical Report*.
- Salzer, M.S., Brusilovskiy, E., Prvu-Bettger, J., & Kottsieper, P. (2014). Measuring Community Participation of Adults with Psychiatric Disabilities: Reliability of Two Modes of Data Collection. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 211 – 219. DOI: 10.1037/a0036002.
- Salzer, M. S., & Baron, R. (2014). Who is John?: Community integration as a paradigm for transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos, & J. Ornelas (Eds.), *Community psychology and community mental health: Towards transformative change* (pp. 228-249). Oxford: Oxford University Press.

- Shinn, M. (2014). The capabilities approach to transformative change in mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community mental Health* (pp. 75-86). New York: Oxford University Press.
- Szasz, T., S., (1961). *The myth of mental illness; foundations of a theory of personal conduct*. Nova York: Hoeber-Harper.
- Waghorn, G. & Lloyd, C. (2010). Employment and people with mental illness. In Lloyd, C. (Ed). *Vocational Rehabilitation and Mental Health*. Blackwell Publishing Ltd.
- Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, S., Gordon, A., & Rempel, R. (1993). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8(2).
- Wong, Y.-L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4, 13 – 28.
- Yanos, P. T., Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2011). Psychological community integration among people with psychiatric disabilities and nondisabled community members. *Journal of Community Psychology*, 39(4), 390-401.
- Zubrinsky, C. & Mullahy, M. (2006). “The State of the Olmstead Decision and the Impact on Consumer Participation in Planning.” *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 131-143.

**ANEXOS (II)**

**ANEXOS (II)**

## **Anexo A**

Instrumento de recolha de dados – Questionário  
Treino e Instruções

## A integração comunitária de pessoas com experiência de doença mental através do emprego apoiado – Estudo Comparativo

### **Apresentação do Estudo<sup>1</sup>**

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA-IU

Investigadora principal: Mestranda Rita Silva

#### **1. Objectivos gerais e objectivos específicos**

O principal objectivo deste estudo é identificar os níveis de integração comunitária de utilizadores integrados profissionalmente através do programa de emprego apoiado comparativamente com as pessoas com doença mental não integradas profissionalmente, e ainda identificar os factores sociodemográficos que influenciam a integração comunitária.

Este estudo é desenvolvido no âmbito de uma tese de Mestrado, no ISPA-IU, em colaboração com diversas organizações e serviços de saúde mental.

#### **2. Metodologia**

Os(as) utilizadores(as) com um diagnóstico de doença mental, de cada organização serão convidados pela equipa de investigação, a participar no estudo, através da apresentação do consentimento informado (anexo). Será aplicado um protocolo quantitativo, designado por questionário, por um dos membros da equipa de investigação para assegurar a consistência de procedimento na recolha dos dados. O caderno de instrumentos compreende um questionário com a caracterização sociodemográfica, o Temple University Community Participation Measure (TUCP – 26 itens), o Community Integration Questionnaire (CIQ - R, 3 itens), o Colorado Symptom Index (CSI - versão curta de 14 itens) e o Sense of Community Index (SCI – 2, 24 itens).

#### **3. Orientações de Recrutamento e Selecção**

A amostra total deste estudo é de 62 utilizadores de serviços comunitários de saúde mental que promovem Programas de Emprego Apoiado, repartidos por 2 sub-amostras com e sem experiência profissional. A amostra deverá, tanto quanto possível permitir uma proporção idêntica por sexo e por grupo etário.

#### **4. Critérios de inclusão / exclusão**

Os(As) participantes no estudo devem satisfazer as seguintes condições:

- fornecer o consentimento de participação por escrito (documentos anexo);
- ter 18 ou mais anos;
- o/a participante, enquanto utilizador/a do serviço ou organização, deverá possuir um diagnóstico de doença mental;
- participar ou ter participado em serviços de Saúde Mental;
- conhecer e expressar-se razoavelmente em português.

#### **5. Confidencialidade**

Todas as informações serão anónimas de modo a assegurar a segurança de todos(as) os(as) utilizadores(as) e das organizações. Os dados terão correspondência a um número específico atribuído (Código individual) para a investigação. O nome do participante e a designação da organização não serão utilizados. Os registos dos questionários serão guardados em arquivo seguro, acessível apenas à equipa de investigação.



## A integração comunitária de pessoas com experiência de doença mental através do emprego apoiado – Estudo Comparativo

### Consentimento informado<sup>1</sup>

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA-IU

Investigadora principal: Mestranda Rita Silva

#### **Convite**

Estamos a convidá-lo(a) a participar num estudo de investigação desenvolvido no âmbito de uma tese de Mestrado, no ISPA-IU, em colaboração com diversas organizações e serviços de saúde mental. Leia com atenção esta folha de informação e se desejar, informe-se junto das pessoas da sua confiança ou junto da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que possa ter através do contacto fornecido.

#### **Qual é o propósito do estudo?**

Com este estudo pretende-se identificar os níveis de integração comunitária de utilizadores integrados profissionalmente através do programa de emprego apoiado, comparativamente com utilizadores não integrados profissionalmente e ainda identificar os factores sociodemográficos que influenciam a integração comunitária. Pretende-se igualmente publicar os resultados desta investigação num artigo, no sentido de produzir implicações para a intervenção nos serviços de saúde mental.

#### **Porque é que fui convidado(a)?**

Foi convidado(a) a participar porque gostaríamos de saber a sua opinião e experiência enquanto utilizador(a) do serviço ou organização de saúde mental sobre os impactos em termos de integração comunitária.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Se decidir participar é livre para abandonar o estudo em

qualquer altura. Isso não irá afectar o suporte ou tratamento que recebe.

#### **Como é que vou participar?**

Se concordar em participar deverá fornecer o seu consentimento por escrito que lhe será fornecido. A participação consiste na resposta a um questionário. Receberá uma cópia desta folha de informação e do formulário de consentimento para guardar.

Se quiser emitir uma opinião ou colocar alguma questão acerca das perguntas formuladas, pode contactar a equipa de investigação através do contacto:

Mestranda Rita Silva – [silvaritapereira@gmail.com](mailto:silvaritapereira@gmail.com)

#### **A minha participação será confidencial?**

Se concordar em participar, e nos der o seu consentimento, a sua experiência fará parte da informação recolhida neste estudo e será apresentada de forma global e sem identificar os(as) participantes, pelo que se garante a confidencialidade da informação dada.

## Consentimento de participação

Nome do(a) participante ..... Idade .....

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

Assinatura da/o Participante .....

Assinatura da/o Investigador/a .....

Data .... / .... / .....



## Geral

A. Nome da organização .....

B. Nome do entrevistador/a .....

## Dados do entrevistado(a)

1. Data de nascimento .... / .... / .....

2. Sexo  Masculino  Feminino

3. Conhece o seu diagnóstico de saúde mental atribuído pelo seu médico?  Sim  Não

4. Se sim qual?  Esquizofrenia  Desordem Bipolar  Desordem Depressiva  Outro. ....

5. Que tipo de serviços de saúde mental recebe actualmente? (assinale os que se adequam)

Consultas (psiquiatria ou psicologia)  Medicação psiquiátrica  Unidade de dia no Hospital

Centro de dia em Associação/Fórum Sócio-ocupacional  Habitação ind./Apoio domiciliário

Residência de grupo  Emprego apoiado  Emprego protegido  Outro. ....

6. Se respondeu Emprego Apoiado ou Protegido, refira se teve algum internamento psiquiátrico antes de começar a trabalhar?  Sim  Não

Se sim, quantas vezes? .....

7. Teve algum internamento psiquiátrico depois de começar a trabalhar?

Sim  Não Se sim, quantas vezes? .....

8. Para além do diagnóstico que referiu, tem ou teve alguma situação de abuso de substâncias ou de medicamentos?

Sim  Não

9. Frequenta as actividades ou serviços desta Organização actualmente?  Sim  Não

10. Frequenta ou frequentou os serviços e actividades desta Organização durante quanto tempo aproximadamente?

Menos de 6 meses  de 6 meses a 2 anos  de 3 anos a 5 anos  de 6 anos a 9 anos  Mais de 10 anos



### Estado civil e situação habitacional

11. Estado civil

- Solteiro (a)     Casado ou União de Facto     Separado(a)     Viúvo(a)     Divorciado(a)

12. Com quem vive?

- Individualmente     Esposo(a), parceiro(a) ou filhos     Outros familiares (pais, irmãos, ...)  
 Numa residência de grupo     Com outros sem parentesco

### Qualificação e educação

13. Quais as suas habilitações literárias? (assinale uma opção)

- Escolaridade básica 1º ciclo (antiga 4ª classe)  
 Escolaridade básica 2º ciclo (6º ano ou antigo preparatório)  
 Escolaridade básica 3º ciclo (9º ano ou antigo 5º do secundário)  
 Escolaridade secundária (10º, 11º e 12º)  
 Qualificação profissional (ex: um ofício ou uma competência como canalização ou cabeleireiro(a); trabalho de secretariado; etc.)  
 Licenciatura  
 Estudos Pós-Graduados (Mestrado ou Doutoramento)  
 Outro (por favor especifique) .....

Se frequenta ou frequentou um serviço de Emprego Apoiado responda às seguintes questões.

### Situação profissional

14. Qual a sua situação actual?

- Empregado(a) por conta própria     Empregado(a) por conta de outrém     Desempregado(a) sem rendimento  
 Desempregado(a) à procura de trabalho  
 Estagiário(a) em contexto de trabalho     Reformado(a), Pensão Social ou RSI     Outro .....

15. Qual a sua profissão .....

16. Data da última experiência profissional (Emprego/Estágio)

- No último mês     Nos últimos 6 meses     Nos últimos 12 meses     Há mais de 12 meses



---

17. Tipo de Empresa

- Pública     Privada     Público-privada    Outra ..... Nome da Empresa .....
- 

18. Dimensão da empresa

- Micro (1-9 efectivos)     Pequena (10-49 efectivos)     Média (50-249 efectivos)     Grande (>249 efectivos)
- 

19. Qual o regime de trabalho em que se encontra?

- Tempo inteiro (mais de 35 horas por semana)  
 Tempo parcial (inferior ou igual a 20 horas por semana)  
 Outro (especifique) .....
- 

20. Caso esteja empregado(a) ou em estágio, avalie descrevendo o seu contexto de trabalho (local, função, como obteve, satisfação...) .....

.....  
.....  
.....

---

21. O emprego/estágio foi promovido pelo serviço de emprego apoiado da Organização ao nível da:

(pode seleccionar mais de uma opção)

- Escolha                                       Obtenção                                       Manutenção
- 

22. Número total de anos em emprego/estágio ou formação prática em contexto de trabalho

- <1 ano     1-5 anos     6-10 anos     11-20 anos     21-25 anos     >25 anos
- 

### **Utilização dos serviços disponibilizados pela Organização**

---

23. Que actividades/serviços da Organização utiliza actualmente? (assinale os que se adequarem e especifique)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Serviços de emprego .....        | <input type="radio"/> Formação Profissional .....   |
| <input type="radio"/> Apoio Habitacional .....         | <input type="radio"/> Reunião Pós-Laboral .....     |
| <input type="radio"/> Integração e Apoio Escolar ..... | <input type="radio"/> Actividades Desportivas ..... |
| <input type="radio"/> Actividades Ocupacionais .....   | <input type="radio"/> Voluntariado .....            |
| <input type="radio"/> Grupo de Ajuda Mútua .....       | <input type="radio"/> Outra. Qual? .....            |

**Questão 1:** Vou colocar-lhe perguntas sobre as actividades que possa ter feito **durante os últimos 30 dias**. Indique por favor o número de dias em que tenha participado numa actividade fora de sua casa sem o apoio de um profissional de saúde.

**Questão 2:** Participa nesta actividade, **Suficiente, Insuficiente** ou **Demasiado**? (Assinale a resposta correcta).

**Questão 3:** Esta actividade é importante para si? (Assinale a resposta correcta).

	Questão 1	Questão 2			Questão 3	
	Número de dias	Realiza esta actividade?			Esta actividade é importante para si?	
		Suficiente	Insuficiente	Demasiado	Sim	Não
Quantos dias durante os últimos 30 dias participou nas seguintes actividades sem um profissional de saúde a acompanhá-lo(a)?		1	2	3	1	0
1. Ir fazer compras a uma mercearia, loja em centro comercial, outra loja ou feira.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ir a um restaurante ou café.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ir à igreja, sinagoga ou outro local de culto.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ir ao cinema.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ir a um parque ou centro recreativo.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ir a um teatro ou a um evento cultural (incluindo escola local ou eventos de clubes, concertos, exposições e apresentações na comunidade)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ir a um jardim botânico ou museu.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Fazer recados (ex: ir aos correios, banco, lavandaria, limpeza a seco, ...)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ir a uma biblioteca.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ir assistir a um evento desportivo (ex: futebol, ciclismo, andebol, basquetebol, ...)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ir a um ginásio ou clube de saúde, incluindo piscina ou participar num evento desportivo (incluindo futebol, ciclismo, ...)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ir a uma barbearia, salão de beleza, salão de manicure e spa.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Utilizar transportes públicos (por exemplo, autocarros, metro). Não inclui carrinhas das organizações de saúde mental.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ir a um grupo de ajuda-mútua para questões de saúde mental.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ir a um grupo de ajuda-mútua para problemas de abuso de substâncias.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantos dias durante os últimos 30 dias participou nas seguintes actividades sem um profissional de saúde a acompanhá-lo(a)?	Questão 1	Questão 2			Questão 3	
	Número de dias	Realiza esta actividade?			Esta actividade é importante para si?	
		Suficiente	Insuficiente	Demasiado	Sim	Não
16. Ir a um outro tipo de apoio de ajuda-mútua na comunidade (grupo anónimo para pessoas com problemas de saúde física, grupo dos alcoólicos anónimos) (Especifique o nome do grupo _____).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ir a uma organização gerida por pares ou de defesa de direitos cívicos (inclui a RNPEDM – Rede Nacional de Pessoas com Experiência de Doença Mental, ou outra equivalente).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ir a um grupo social na comunidade (por exemplo, um clube de leitura, grupo de passatempo, outro grupo de pessoas com interesses semelhantes) (Especifique o nome do grupo _____).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Trabalhar com remuneração.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ir à escola para obter um grau académico ou certificado (por exemplo: ensino básico, educação para adultos, ensino superior, escola vocacional ou técnica, formação para emprego).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Frequentar uma aula para lazer ou competências para a vida (por exemplo, aulas de culinária, artesanato, cerâmica e fotografia).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Participar em actividades de voluntariado (por outras palavras despende tempo a ajudar sem ser remunerado).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Participar em encontros sociais, ou participar em eventos de celebração com a família e os amigos (por exemplo casamentos, baptizados).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Receber a família ou os amigos na sua casa, ou visitá-los em suas casas.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Participar numa feira comunitária, festa do bairro, dia de limpeza comunitária ou outro evento ou actividade comunitária.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ir ou participar em actividades ou organizações cívicas ou políticas.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



As próximas questões referem-se à sua interação com outras pessoas através da tecnologia e redes sociais na internet (telefone, computador, entre outros). Assinale a resposta correcta.

- 
1. Com que frequência escreve a pessoas para contactos sociais através da internet (ex: correio electrónico, redes sociais virtuais - Facebook, ...)?
- Todos ou quase todos os dias       Quase todas as semanas       Nunca ou raramente
- 
2. Com que frequência fala a pessoas para contactos sociais através de uma ligação de vídeo online (ex: Skype, Facetime, ...)?
- Todos ou quase todos os dias       Quase todas as semanas       Nunca ou raramente
- 
3. Com que frequência estabelece contactos sociais com pessoas falando ou escrevendo mensagens através do telemóvel?
- Todos ou quase todos os dias       Quase todas as semanas       Nunca ou raramente
-

Vamos colocar-lhe algumas perguntas sobre possíveis problemas ou questões de saúde mental que você poderá ter sentido ao longo deste último mês. As suas respostas serão estritamente confidenciais.

	Nunca	Uma vez por mês	Várias vezes durante o mês	Várias vezes por semana	Pelo menos todos os dias
	1	2	3	4	5
1. No último mês quantas vezes se sentiu nervoso(a), preocupado(a) ou frustrado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. No último mês quantas vezes se sentiu deprimido(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. No último mês quantas vezes se sentiu só?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. No último mês quantas vezes lhe disseram que agiu de forma “paranóica” ou “desconfiada”?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. No último mês quantas vezes ouviu vozes, escutou ou viu coisas que os outros achavam que não existiam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. No último mês quantas vezes teve problemas em tomar decisões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. No último mês quantas vezes teve problemas em pensar de forma organizada, concentrar-se ou lembrar-se de algo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. No último mês quantas vezes sentiu que o seu comportamento ou acções eram estranhas ou diferentes das de outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. No último mês quantas vezes se sentiu deslocado ou que não se integrava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. No último mês quantas vezes se esqueceu de coisas importantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. No último mês quantas vezes teve problemas com pensar demasiado depressa (pensamentos acelerados)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. No último mês quantas vezes se sentiu desconfiado(a) ou paranóico(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. No último mês quantas vezes sentiu vontade de se magoar ou suicidar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. No último mês quantas vezes sentiu vontade de magoar gravemente outra pessoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As seguintes questões sobre comunidade referem-se à sua vizinhança.

Quão importante é, para si, ter um sentimento de comunidade com outros membros da vizinhança? Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião.

	Prefiro não fazer parte desta comunidade	Nada importante	Não muito importante	Algo importante	Importante	Muito importante
	1	2	3	4	5	6
1 Consigo satisfazer importantes necessidades pessoais porque faço parte desta comunidade (vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Os membros desta comunidade (vizinhança) e eu valorizamos as mesmas coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Esta comunidade (vizinhança) tem tido sucesso na satisfação das necessidades dos seus membros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Ser um membro desta comunidade (vizinhança) faz-me sentir bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Quando tenho um problema, posso falar sobre ele com membros desta comunidade (vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 As pessoas desta comunidade (vizinhança) têm necessidades, prioridades e objectivos semelhantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Posso confiar nas pessoas desta comunidade (vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Sou capaz de reconhecer a maior parte dos membros desta comunidade (vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 A maior parte dos membros desta comunidade (vizinhança) conhece-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Esta comunidade (vizinhança) tem símbolos e expressões de filiação, tais como roupas, sinais, arte, arquitectura, logótipos, pontos de referência e bandeiras que as pessoas conseguem reconhecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Dedico muito tempo e esforço ao fazer parte desta comunidade (vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Ser um membro desta comunidade (vizinhança) faz parte da minha identidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 É importante para mim adaptar-me a esta comunidade (vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 A vizinhança, enquanto comunidade, pode influenciar outras comunidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Dou importância ao que os outros membros desta comunidade (vizinhança) pensam de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Prefiro não fazer parte desta comunidade	Nada importante	Não muito importante	Algo importante	Importante	Muito importante
16	Tenho influência sobre aquilo que esta comunidade (vizinhança) é.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Se há um problema nesta comunidade (vizinhança), os seus membros conseguem resolvê-lo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Esta comunidade (vizinhança) tem bons líderes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	É muito importante para mim fazer parte desta comunidade (vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Passo muito tempo com outros membros desta comunidade (vizinhança) e gosto de estar com eles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Espero fazer parte desta comunidade (vizinhança) durante muito tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Os membros desta comunidade (vizinhança) viveram momentos importantes em conjunto, tais como férias,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Tenho esperança em relação ao futuro desta comunidade (vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Os membros desta comunidade (vizinhança) preocupam-se uns com os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **A integração comunitária de pessoas com experiência de doença mental através do emprego apoiado – Estudo Comparativo**

### **Treino e instruções para a aplicação do inquérito por questionário**

#### **Estrutura e composição do questionário**

1. Consentimento informado (entregar ao(à) participante);
2. Consentimento de participação (entregar cópia ao(à) participante);
3. Caracterização sociodemográfica (23 perguntas);
4. TUCP (26 itens);
5. CIQ – R – PT (3 itens);
6. CSI – P (14 itens);
7. SCI-2 (24 itens).

#### **Duração de cada inquérito**

+/- 40 minutos

#### **Modalidade geral**

A metodologia é através de inquérito por questionário. O membro da equipa de investigação deve assegurar a consistência de procedimento na recolha dos dados e portanto, garantir que o(a) participante esteja a perceber as instruções de preenchimento, os conteúdos dos itens e que esteja a responder conforme as opções de resposta múltipla existentes (podem diferir pelo número de opções e pela ordem dos números). Uma **cópia do protocolo** do questionário será **entregue ao participante** para ele responder e uma **cópia** será utilizada pelo **membro da equipa de investigação** no sentido de acompanhar a leitura e o preenchimento dos itens. Este vai ter também um **caderno de campo** para registar anotações e/ou comentários do participante. O membro da equipa de investigação deve dar liberdade para o participante colocar eventuais dúvidas e, neste caso, prestar esclarecimentos. De uma forma geral, é aconselhável pedir ao participante de ler em voz alta (opcional) o protocolo do questionário para o membro da equipa poder acompanhar o preenchimento do mesmo. Se o participante não quiser ler, ou estiver cansado, o membro da equipa pode assumir a leitura em voz alta. Estas indicações são flexíveis conforme a necessidade que o participante tem em ser acompanhado e orientado.



## Em detalhe

### 1. Consentimento informado

- Pedir ao(à) participante para ler em voz alta o consentimento informado, sendo que este contém as informações necessárias para o participante perceber os objectivos do estudo e os procedimentos de participação;
- Perguntar se há dúvidas/reforçar os pontos salientes (por ex. o interesse em participar e a confidencialidade);
- Tomar nota caso a pessoa demonstra interesse ou, pelo contrário, se recuse;
- A folha de **consentimento informado fica para o(a) participante.**

### 2. Consentimento de participação

- Explicar ao(à) **participante** que irá **ficar** com uma **cópia do consentimento de participação** e que o original será mantido no arquivo da equipa de investigação;
- **Pedir ao(à) participante** para ler o documento em voz alta e **assinar.**

### 3. Caracterização sociodemográfica

- O membro da equipa pode ler a primeira parte (“Geral”) e orientar o participante no preenchimento da mesma (o **código individual** foi **pré-preenchido** pela equipa de investigação);
- Explicar que esta parte de caracterização serve para ter dados sobre a amostra (por ex. média de idade, educação, etc.) e reforçar que vai ser mantido o anonimato;
- Pedir para preencher alguns dados pessoais, de relacionamento e habitação, da qualificação e educação, da utilização do serviço, etc.

### 4. TUCP-PT (26 itens)

Se o(a) participante não exerceu a actividade nos últimos 30 dias, o número de dias será 0:

- Se o(a) participante **não quis** exercer a actividade nos últimos 30 dias, indique **Suficiente.**
- Se o(a) participante **quis** exercer a actividade mas concretizou a actividade zero vezes durante os últimos 30 dias, escolha **Insuficiente.**

### **5. CIQ -R- PT (3 itens)**

### **6. CSI – PT (14 itens)**

- Informar que esta escala tem a ver com a experiência de doença mental da pessoa, sendo que não interessa de forma alguma efectuar uma avaliação clínica, mas sim garantir que a pessoa **passou/está** a passar por uma **problemática de saúde mental**, de forma a assegurar o critério de inclusão na amostra do estudo.
- Reforçar a confidencialidade de toda a informação fornecida, bem como a possibilidade de não responder caso haja algum desconforto. Se for o caso, pedir só para assinalar o item ao qual não quer responder para a equipa tomar nota.
- Evitar a leitura em voz alta

### **7. SCI-2 (24 itens)**

- Avisar a pessoa que esta é a última parte para se terminar o questionário;
- O(A) participante deve dar a sua **opinião** tendo em conta a **importância para si** de cada **item**.

No fim, agradecer à pessoa pela sua colaboração, lembrar de levar a folha do consentimento informado e a cópia do consentimento de participação, e da possibilidade de contactar a equipa de investigação se quiser emitir uma opinião acerca das perguntas formuladas ou da metodologia utilizada.

## Anexo B

### Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes (N=62), (Tabela 1)

Tabela 1 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes (N=62)

Característica	<i>n (%)</i>
<b>Idade</b>	
18-33	21 (33.9)
34-49	29 (46.8)
50-65	12 (19.4)
<b>Género</b>	
Feminino	29 (46.8)
Masculino	33 (53.2)
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	
Esquizofrenia	29 (46.8)
Desordem bipolar	4 (6.5)
Desordem depressiva	6 (9.7)
Outros diagnósticos psiquiátricos	23 (37.1)
<b>Serviços de Saúde Mental Utilizados</b>	
Emprego apoiado	31 (50)
Outros serviços	31 (50)
<b>Situação Profissional</b>	
Empregado ou em estágio	31 (50)
Desempregado	24 (38.7)
A viver de pensões sociais	7(11.3)
<b>Última Experiência Profissional</b>	
No último mês	23 (37.1)
Nos últimos 6 meses	8 (12.9)
Nos últimos 12 meses	6 (9.7)
Há mais de 12 meses	25 (40.3)
<b>Anos de experiência de trabalho</b>	
Menos de 1 ano	19 (30.6)
1-5 anos	24 (38.7)
6-10 anos	6 (9.7)
11-20 anos	12 (19.4)
21-25 anos	1 (1.6)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro(a)	56 (90.3)
Casado(a) ou União de Facto	5 (8.1)
Divorciado(a)	1 (1.6)
<b>Com quem vive</b>	
Individualmente	10(10)
Esposo(a)/Parceiro(a)	5(5)
Outros familiares	37(37)

---

Residência de grupo	9(9)
Com outros sem parentesco	1(1)
<b>Habilitações Literárias</b>	
1ºCiclo	4 (6.5)
2ºCiclo	7 (11.3)
3ºCiclo	14 (22.60)
Ensino Secundário	22 (35.5)
Licenciatura	15 (24.2)

---

## Anexo C

### Comparação dos dados sociodemográficos dos participantes por grupo (Tabela 2)

Tabela 2 – Comparação dos dados sociodemográficos dos participantes por grupo

Característica	Total (N=62)	Grupo 1 n = 31	Grupo 2 n = 31	Estatística		
	N (%)	N (%)	N (%)	X <sup>2</sup> or t	df	p
<b>Idade</b>				.415	2	.812
18-33	21(33.9)	10(32.3)	11(35.5)			
34-49	29(46.8)	14(45.2)	15(48.4)			
50-65	12(19.4)	7(22.6)	5(16.1)			
<b>Género</b>				.065	1	.799
Feminino	29(46.8)	15 (48.4)	14 (45.2)			
Masculino	33(53.2)	16 (51.6)	17 (54.8)			
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>				7.354	3	.061
Esquizofrenia	29(46.8)	13 (41.9)	16 (51.6)			
Desordem bipolar	4(6.5)	1 (3.2)	3 (9.7)			
Desordem depressiva	6(9.7)	6 (19.4)	0 (0)			
Outros diagnósticos psiquiátricos	23(37.1)	11 (35.5)	12 (38.7)			
<b>Internamentos Psiquiátricos</b>						
Antes de começar a trabalhar através de EA	31(100)	17 (54.9)	-			
Depois de começar a trabalhar através de EA	31(100)	3 (9.7)	-			
<b>Serviços de Saúde Mental Utilizados</b>						
Emprego apoiado		31 (50)	-			
Outros serviços		-	31 (50)			
<b>Situação Profissional</b>						
Empregado/estágio	31(50)	31 (50)	-			
Desempregado	24(38.7)	-	24 (38.7)			
A viver de pensões sociais	7(11.3)	-	7 (11.3)			
<b>Última Experiência Profissional</b>				-19.053	60	.000
No último mês	23(37.1)	23 (37.1)	-			
Nos últimos 6 meses	8(12.9)	8 (12.9)	-			
Nos últimos 12 meses	6(9.7)	-	6 (9.7)			
Há mais de 12 meses	25(40.3)	-	25 (40.3)			
<b>Anos de experiência de trabalho</b>				3.103	57.469	.003
Menos de 1 ano	19(30.6)	5 (16.1)	14 (45.2)			
1-5 anos	24(38.7)	12 (38.7)	12 (38.7)			
6-10 anos	6(9.7)	4 (12.9)	2 (6.5)			
11-20 anos	12(19.4)	9 (29.0)	3 (9.7)			
21-25 anos	1(1.6)	1 (3.2)	0 (0)			
<b>Estado Civil</b>				3.086	2	.214

Solteiro(a)	56(90.3)	26 (83.9)	30 (96.8)			
Casado(a) ou União de Facto	5(8.1)	4 (12.9)	1 (3.2)			
Separado(a)	1(1.6)	1 (3.2)	0 (0)			
<b>Com quem vive</b>				3.154	4	.532
Individualmente	10(16.1)	5(16.1)	5(16.1)			
Esposo(a)/Parceiro(a)	5(8.1)	4(12.9)	1(3.2)			
Outros familiares	37(59.7)	17(54.8)	20(64.5)			
Residência de grupo	9(14.5)	4(12.9)	5(16.1)			
Com outros sem parentesco	1(1.6)	1(3.2)	0(0)			
<b>Habilitações Literárias</b>				6.095	4	.192
1ºCiclo	4(6.5)	4 (12.9)	0 (0)			
2ºCiclo	7(11.3)	3 (9.7)	4 (12.9)			
3ºCiclo	14(22.6)	8 (25.8)	6 (19.4)			
Ensino Secundário	22(35.5)	11 (35.5)	11 (35.5)			
Licenciatura	15(24.2)	5 (16.1)	10 (32.3)			

## Anexo D

### Coefficiente de correlação de Pearson entre as medidas de integração comunitária em 62 participantes (Tabela 5)

Tabela 5 – Coeficiente de correlação de Pearson entre as medidas de integração comunitária em 62 participantes

	TUCP_Q1	TUCP_Q2	TUCP_Q3	SCI_2	CSI	CIQ_R (subscale)
TUCP_Q1	1	.563**	.626**	.383**	.000	-.135
		.000	.000	.002	.998	.297
	62	62	62	62	62	62
TUCP_Q2	.563**	1	.980**	.468**	.090	.064
	.000		.000	.000	.488	.621
	62	62	62	62	62	62
TUCP_Q3	.626**	.980**	1	.480**	.066	.067
	.000	.000		.000	.610	.607
	62	62	62	62	62	62
SCI_2	.383**	.468**	.480**	1	-.037	.138
	.002	.000	.000		.776	.285
	62	62	62	62	62	62
CSI	.000	.090	.066	-.037	1	-.005
	.998	.488	.610	.776		.972
	62	62	62	62	62	62
CIQ_R	-.135	.064	.067	.138	-.005	1
(Sub-escala Redes	.297	.621	.607	.285	.972	
Sociais)	62	62	62	62	62	62

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

## Anexo E

### Outputs da estatística descritiva (SPSS)

Tabelas – Número de participantes por situação profissional, caracterização etária, género, diagnóstico psiquiátrico, serviços de saúde mental, internamentos, abuso de substâncias, participação e tempo de participação nos serviços, estado civil, situação habitacional, habilitações literárias, situação profissional, profissão, data da última experiência profissional, tipo w dimensão da empresa, regime de trabalho, níveis de apoio de emprego apoiado e número de anos de trabalho.

#### Grupos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Integrados Profissionalmente	31	50.0	50.0	50.0
Não Integrados Profissionalmente	31	50.0	50.0	100.0
Total	62	100.0	100.0	

#### 1.Idade

N	Valid	62
	Missing	0
Mean		38.60
Std. Error of Mean		1.417
Median		38.50
Mode		34 <sup>a</sup>
Minimum		18
Maximum		62
Sum		2393

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

#### 1.Idade \* Grupos Crosstabulation

			Grupos		Total
			Integrados Profissionalmente	Não Integrados Profissionalmente	
1.Idade	18-33	Count	10	11	21
		% within 1.Idade	47.6%	52.4%	100.0%
		% within Grupos	32.3%	35.5%	33.9%
34-49		Count	14	15	29
		% within 1.Idade	48.3%	51.7%	100.0%
		% within Grupos	45.2%	48.4%	46.8%

### Grupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Integrados	31	50.0	50.0	50.0
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	50.0	50.0	100.0
	Profissionalmente				
	50-65	Count	7	5	12
		% within 1.Idade	58.3%	41.7%	100.0%
		% within Grupos	22.6%	16.1%	19.4%
Total	Count	31	31	62	
	% within 1.Idade	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within Grupos	100.0%	100.0%	100.0%	

### 2.Gênero

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	33	53.2	53.2	53.2
	Feminino	29	46.8	46.8	100.0
Total		62	100.0	100.0	

### 3. Conhecem o Diagnóstico Psiquiátrico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	11	17.7	17.7	17.7
	Sim	51	82.3	82.3	100.0
Total		62	100.0	100.0	

### 4. Tipo de Diagnóstico Psiquiátrico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esquizofrenia	29	46.8	46.8	46.8
	Desordem Bipolar	4	6.5	6.5	53.2
	Desordem Depressiva	6	9.7	9.7	62.9
	Outro	23	37.1	37.1	100.0
Total		62	100.0	100.0	

### 5.1 Consultas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	25.8	25.8	25.8
	Sim	46	74.2	74.2	100.0
Total		62	100.0	100.0	

### 5.2 Unidade de Dia em Hospital

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	62	100.0	100.0	100.0

### 5.3 Fórum Sócio-ocupacional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	37.1	37.1	37.1
Sim	39	62.9	62.9	100.0
Total	62	100.0	100.0	

### 5.4 Habitação Independente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	55	88.7	88.7	88.7
Sim	7	11.3	11.3	100.0

### 5.5 Residência de Grupo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	56	90.3	90.3	90.3
Sim	6	9.7	9.7	100.0
Total	62	100.0	100.0	

### 5.6 Emprego Apoiado

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	31	50,0	50,0	50,0
	Sim	31	50,0	50,0	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

### 5.7 Emprego Protegido

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	62	100.0	100.0	100.0

### 6. Internamento Psiquiátrico antes de começar a trabalhar

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	14	22,6	43,8	43,8
	Sim, uma vez	7	11,3	21,9	65,6
	Sim, duas vezes	5	8,1	15,6	81,3
	Sim, três vezes	4	6,5	12,5	93,8
	Sim, quatro ou mais vezes	2	3,2	6,3	100,0
	Total	32	51,6	100,0	
Omisso	Sistema	30	48,4		
Total		62	100,0		

**7. Internamento Psiquiátrico depois de começar a trabalhar**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	29	46,8	90,6	90,6
	Sim, uma vez	3	4,8	9,4	100,0
	Total	32	51,6	100,0	
Omisso	Sistema	30	48,4		
Total		62	100,0		

**8. Tem ou teve alguma situação de abuso de substâncias ou de medicamentos**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	46	74,2	75,4	75,4
	Sim	15	24,2	24,6	100,0
	Total	61	98,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	1,6		
Total		62	100,0		

**9. Frequenta as actividades ou serviços desta Organização actualmente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	6	9.7	9.7	9.7
	Sim	56	90.3	90.3	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

**10. Frequenta ou frequentou os serviços e actividades desta Organização durante quanto tempo aproximadamente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 6 meses	14	22.6	22.6	22.6
	6 meses - 2 anos	15	24.2	24.2	46.8
	3 - 5 anos	9	14.5	14.5	61.3
	6 - 9 anos	10	16.1	16.1	77.4
	> 10	14	22.6	22.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

**11. Estado civil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro(a)	56	90.3	90.3	90.3
	Casado(a) ou União de facto	5	8.1	8.1	98.4

Divorciado(a)	1	1.6	1.6	100.0
Total	62	100.0	100.0	

### 12.Com quem vive

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Individualmente	10	16.1	16.1	16.1
Esposo(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	8.1	8.1	24.2
Outros familiares (Pais, irmão)	37	59.7	59.7	83.9
Residência de Grupo	9	14.5	14.5	98.4
Com outros sem parentesco	1	1.6	1.6	100.0
Total	62	100.0	100.0	

### 13.Habilitações Literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1º Ciclo	4	6.5	6.5	6.5
2º Ciclo	7	11.3	11.3	17.7
3º Ciclo	14	22.6	22.6	40.3
Ensino Secundário	22	35.5	35.5	75.8
Licenciatura	15	24.2	24.2	100.0
Total	62	100.0	100.0	
Total	62	100.0	100.0	

### 14.1.Empregado Conta Própria

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	61	98,4	98,4	98,4
	Sim	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

### 14.2.Empregado Conta Outrém

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	41	66,1	66,1	66,1
	Sim	21	33,9	33,9	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

### 14.3.Desempregado à procura de trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	39	62,9	62,9	62,9

	Sim	23	37,1	37,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

#### 14.4.Desempregado sem procurar trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	61	98,4	98,4	98,4
	Sim	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

#### 14.5.Estagiário em contexto de trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	53	85,5	85,5	85,5
	Sim	9	14,5	14,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

#### 14.6.Reformado, Pensão Social ou RSI

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	55	88,7	88,7	88,7
	Sim	7	11,3	11,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

### 15. Profissão

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	31	50,0	50,0	50,0
Apoio à Comunidade	1	1,6	1,6	51,6
Ass Fam e Ap Comun	1	1,6	1,6	53,2
Assistente Administra	1	1,6	1,6	54,8
Assistente de Florista	1	1,6	1,6	56,4
assistente Operaciona	1	1,6	1,6	58,0
Auxiliar de Lar	1	1,6	1,6	59,6
Auxiliar de Limpeza	1	1,6	1,6	61,2
Bordadora	1	1,6	1,6	62,8
Empregada de Andares	1	1,6	1,6	64,4
Empregada de Limpeza	1	1,6	1,6	66,0
Empregado Andares	1	1,6	1,6	67,6
Empregado de Armazém	1	1,6	1,6	69,2
Formador	1	1,6	1,6	70,8
Funcionário Público	1	1,6	1,6	72,4
Limpezas	1	1,6	1,6	74,0
Limpezas/Obras	1	1,6	1,6	75,6
Logística	2	3,2	3,2	78,8
Manutenção espaços públicos	1	1,6	1,6	80,4
Mecânico Auto	1	1,6	1,6	82,0
Op. armazenagem	2	3,2	3,2	85,2
Op. Armazenagem	1	1,6	1,6	86,8
Operadora de Telemark	1	1,6	1,6	88,4
Programador	1	1,6	1,6	90,0
Recep. de Hotel	1	1,6	1,6	91,6
Repositor	1	1,6	1,6	93,2
Serviço Externo	1	1,6	1,6	94,8
Serviços domésticos	1	1,6	1,6	96,4
Téc. Inf. Doc e Com.	1	1,6	1,6	98,0
Técnico Psicossocial	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

### 16. Data da última experiência profissional

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	23	37,1	37,1	37,1
Nos últimos 6 meses	8	12,9	12,9	50,0

Nos últimos 12 meses	6	9,7	9,7	59,7
Há mais de 12 meses	25	40,3	40,3	100,0
Total	62	100,0	100,0	

### 17.Tipo de Empresa

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Pública	4	6,5	12,9	12,9
	Privada	25	40,3	80,6	93,5
	Outra	2	3,2	6,5	100,0
	Total	31	50,0	100,0	
Omisso	Sistema	31	50,0		
Total		62	100,0		

### 18.Dimensão da empresa

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Micro (1-9 efectivos)	13	21,0	41,9	41,9
	Pequena (10-49 efectivos)	6	9,7	19,4	61,3
	Média (50-249 efectivos)	4	6,5	12,9	74,2
	Grande (>249 efectivos)	8	12,9	25,8	100,0
	Total	31	50,0	100,0	
Omisso	Sistema	31	50,0		
Total		62	100,0		

### 19.Regime de trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Tempo inteiro (mais de 35 horas por semana)	10	16,1	32,3	32,3
	Tempo parcial (inferior ou igual a 20 horas por semana)	9	14,5	29,0	61,3
	Outro	12	19,4	38,7	100,0
	Total	31	50,0	100,0	
Omisso	Sistema	31	50,0		
Total		62	100,0		

Outro equivale a 30h/semanais

## Estatística Inferencial

Tabela 1 – Resultados das medidas de integração comunitária e escala de sintomas nos dois grupos  
t de Student

	Grupos	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
10.Frequenta ou frequentou os serviços e actividades desta Organização durante quanto tempo aproximadamente	Integrados Profissionalmente	31	3,16	1,573	,282
	Não Integrados Profissionalmente	31	2,68	1,400	,251

### Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias				
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença
10.Frequenta ou frequentou os serviços e actividades desta Organização durante quanto tempo aproximadamente	Variâncias iguais assumidas	1,297	,259	1,280	60	,206	,484	,378
	Variâncias iguais não assumidas			1,280	59,204	,206	,484	,378

### Group Statistics

Grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
--------	---	------	----------------	-----------------

TUCP_Q1	Integrados	31	3.8573	2.38172	.42777
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	3.3263	1.36188	.24460
	Profissionalmente				
TUCP_Q2	Integrados	31	1.5434	1.37381	.24674
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	1.3995	.23723	.04261
	Profissionalmente				
TUCP_Q3	Integrados	31	.8065	1.42566	.25606
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	.5993	.23600	.04239
	Profissionalmente				
CIQ_R	Integrados	31	2.2258	.54696	.09824
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	2.0430	.56922	.10224
	Profissionalmente				
CSI	Integrados	31	1.9032	.82221	.14767
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	2.0709	.59788	.10738
	Profissionalmente				
SCI_2	Integrados	31	3.6304	1.42004	.25505
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	3.6379	1.36916	.24591
	Profissionalmente				

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
--	--	------------------------------

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TUCP_Q1	Equal variances assumed	2.162	.147	1.078	60	.286	.53102	.49276	-.45466	1.51669
	Equal variances not assumed			1.078	47.723	.287	.53102	.49276	-.45990	1.52194
TUCP_Q2	Equal variances assumed	1.772	.188	.575	60	.568	.14392	.25040	-.35694	.64479
	Equal variances not assumed			.575	31.788	.569	.14392	.25040	-.36625	.65409
TUCP_Q3	Equal variances assumed	1.623	.208	.798	60	.428	.20720	.25954	-.31196	.72635
	Equal variances not assumed			.798	31.643	.431	.20720	.25954	-.32170	.73610
CIQ_R	Equal variances assumed	.010	.920	1.289	60	.202	.18280	.14178	-.10081	.46640
	Equal variances not assumed			1.289	59.905	.202	.18280	.14178	-.10082	.46641
<b>22.Número total de em emprego/estági</b>										
CSI	Equal variances assumed	1.073	.304	-.918	60	.362	-.16767	.18259	-.53290	.19756
	Equal variances not assumed			-.918	54.794	.362	-.16767	.18259	-.53362	.19828
SCI_2	Equal variances assumed	.014	.906	-.021	60	.983	-.00754	.35429	-.71622	.70114

Group Statistics

Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean					
TUCP_Q1	Integrados	31	3.8573	2.38172	.42777					
	Profissionalmente									
TUCP_Q1	Não Integrados	31	3.3263	1.36188	.24460					
	Profissionalmente									
TUCP_Q2	Integrados	31	1.5434	1.37381	.24674					
	Profissionalmente									
TUCP_Q2	Não Integrados	31	1.3995	.23723	.04261					
	Profissionalmente									
TUCP_Q3	Integrados	31	.8065	1.42566	.25606					
	Profissionalmente									
TUCP_Q3	Não Integrados	31	.5993	.23600	.04239					
	Profissionalmente									
CIQ_R	Integrados	31	2.2258	.54696	.09824					
	Profissionalmente									
CIQ_R	Não Integrados	31	2.0430	.56922	.10224					
	Profissionalmente									
CSI	Integrados	31	1.9032	.82221	.14767					
	Profissionalmente									
CSI	Não Integrados	31	2.0709	.59788	.10738					
	Profissionalmente									
SCI_2	Integrados	31	3.6304	1.42004	.25505					
	Profissionalmente									
Equal variances not assumed				-.021	59.920	.983	-.00754	.35429	-.71624	.70116

Tabela 2 – Teste t de Student para o número total de anos em emprego/estágio dos participantes.

Tabela 3 – Teste *t* de Student para o tempo decorrido desde a última experiência profissional.

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
<b>16.Data da última experiência profissional</b>	Equal variances assumed	.694	.408	-19.053	60	.000	-2.484	.130	-2.745	-2.223
	Equal variances not assumed			-19.053	59.776	.000	-2.484	.130	-2.745	-2.223

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TUCP_Q1	Between Groups	2.680	1	2.680	.707	.404
	Within Groups	227.510	60	3.792		
	Total	230.190	61			
TUCP_Q2	Between Groups	.518	1	.518	.534	.468
	Within Groups	58.112	60	.969		
	Total	58.630	61			
TUCP_Q3	Between Groups	.882	1	.882	.848	.361
	Within Groups	62.429	60	1.040		
	Total	63.311	61			
CIQ_R	Between Groups	.544	1	.544	1.748	.191
	Within Groups	18.669	60	.311		
	Total	19.213	61			

CSI	Between Groups	2.236	1	2.236	4.594	.036
	Within Groups	29.205	60	.487		
	Total	31.441	61			
SCI_2	Between Groups	2.646	1	2.646	1.391	.243
	Within Groups	114.089	60	1.901		
	Total	116.735	61			

Tabela 4 – Teste ANOVA

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TUCP_Q1	Between Groups	.305	3	.102	.026	.994
	Within Groups	229.885	58	3.964		
	Total	230.190	61			
TUCP_Q2	Between Groups	1.038	3	.346	.349	.790
	Within Groups	57.592	58	.993		
	Total	58.630	61			
TUCP_Q3	Between Groups	.805	3	.268	.249	.862
	Within Groups	62.506	58	1.078		
	Total	63.311	61			
CIQ_R	Between Groups	2.234	3	.745	2.543	.065
	Within Groups	16.979	58	.293		
	Total	19.213	61			
CSI	Between Groups	4.616	3	1.539	3.327	.026
	Within Groups	26.825	58	.462		
	Total	31.441	61			
SCI_2	Between Groups	8.708	3	2.903	1.559	.209
	Within Groups	108.026	58	1.863		

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TUCP_Q1	Between Groups	.305	3	.102	.026	.994
	Within Groups	229.885	58	3.964		
	Total	230.190	61			
TUCP_Q2	Between Groups	1.038	3	.346	.349	.790
	Within Groups	57.592	58	.993		
	Total	58.630	61			
TUCP_Q3	Between Groups	.805	3	.268	.249	.862
	Within Groups	62.506	58	1.078		
	Total	63.311	61			
CIQ_R	Between Groups	2.234	3	.745	2.543	.065
	Within Groups	16.979	58	.293		
	Total	19.213	61			
CSI	Between Groups	4.616	3	1.539	3.327	.026
	Within Groups	26.825	58	.462		
	Total	31.441	61			
SCI_2	Between Groups	8.708	3	2.903	1.559	.209
	Within Groups	108.026	58	1.863		
	Total	116.735	61			

Tabela 5 – Resultados da correlação entre o tipo de diagnóstico e as medidas de integração e escala de sintomas.

**Multiple Comparisons**

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) 4.Tipo de Diagnóstico	(J) 4.Tipo de Diagnóstico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
	Psiquiátrico	Psiquiátrico					

MEAN_TUCP_Q1	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	.15186	1.06186	.999	-2.6569	2.9606
		Desordem Depressiva	-.09173	.89290	1.000	-2.4535	2.2701
		Outro	.10754	.55588	.997	-1.3628	1.5779
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-.15186	1.06186	.999	-2.9606	2.6569
		Desordem Depressiva	-.24359	1.28510	.998	-3.6428	3.1556
		Outro	-.04431	1.07852	1.000	-2.8971	2.8085
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	.09173	.89290	1.000	-2.2701	2.4535
		Desordem Bipolar	.24359	1.28510	.998	-3.1556	3.6428
		Outro	.19928	.91264	.996	-2.2148	2.6133
Outro	Esquizofrenia	-.10754	.55588	.997	-1.5779	1.3628	
	Desordem Bipolar	.04431	1.07852	1.000	-2.8085	2.8971	
	Desordem Depressiva	-.19928	.91264	.996	-2.6133	2.2148	
MEAN_TUCP_Q2	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	-.01890	.53149	1.000	-1.4247	1.3869
		Desordem Depressiva	.20866	.44692	.966	-.9735	1.3908
		Outro	-.20661	.27823	.879	-.9426	.5293
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	.01890	.53149	1.000	-1.3869	1.4247
		Desordem Depressiva	.22756	.64322	.985	-1.4738	1.9290
		Outro	-.18771	.53983	.985	-1.6156	1.2402
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	-.20866	.44692	.966	-1.3908	.9735
		Desordem Bipolar	-.22756	.64322	.985	-1.9290	1.4738
		Outro	-.41527	.45680	.800	-1.6236	.7930
Outro	Esquizofrenia	.20661	.27823	.879	-.5293	.9426	
	Desordem Bipolar	.18771	.53983	.985	-1.2402	1.6156	
	Desordem Depressiva	.41527	.45680	.800	-.7930	1.6236	
MEAN_TUCP_Q3	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	-.10245	.55370	.998	-1.5671	1.3621
		Desordem Depressiva	.15075	.46559	.988	-1.0808	1.3823
		Outro	-.19652	.28986	.905	-.9632	.5702

	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	.10245	.55370	.998	-1.3621	1.5671
		Desordem Depressiva	.25321	.67010	.981	-1.5193	2.0257
		Outro	-.09406	.56239	.998	-1.5816	1.3935
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	-.15075	.46559	.988	-1.3823	1.0808
		Desordem Bipolar	-.25321	.67010	.981	-2.0257	1.5193
		Outro	-.34727	.47589	.885	-1.6060	.9115
	Outro	Esquizofrenia	.19652	.28986	.905	-.5702	.9632
		Desordem Bipolar	.09406	.56239	.998	-1.3935	1.5816
		Desordem Depressiva	.34727	.47589	.885	-.9115	1.6060
MEAN_CIQ_R	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	.06034	.28859	.997	-.7030	.8237
		Desordem Depressiva	.19923	.24266	.844	-.4426	.8411
		Outro	.41179	.15107	.041	.0122	.8114
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-.06034	.28859	.997	-.8237	.7030
		Desordem Depressiva	.13889	.34925	.978	-.7849	1.0627
		Outro	.35145	.29311	.630	-.4239	1.1268
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	-.19923	.24266	.844	-.8411	.4426
		Desordem Bipolar	-.13889	.34925	.978	-1.0627	.7849
		Outro	.21256	.24803	.827	-.4435	.8686
	Outro	Esquizofrenia	-.41179	.15107	.041	-.8114	-.0122
		Desordem Bipolar	-.35145	.29311	.630	-1.1268	.4239
		Desordem Depressiva	-.21256	.24803	.827	-.8686	.4435
MEAN_CSI	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	.12131	.36273	.987	-.8382	1.0808
		Desordem Depressiva	-.47989	.30501	.402	-1.2867	.3269
		Outro	.41783	.18989	.135	-.0844	.9201
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-.12131	.36273	.987	-1.0808	.8382
		Desordem Depressiva	-.60119	.43898	.523	-1.7623	.5600
		Outro	.29652	.36842	.852	-.6780	1.2710
Desordem Depressiva	Esquizofrenia	.47989	.30501	.402	-.3269	1.2867	

		Desordem Bipolar	.60119	.43898	.523	-.5600	1.7623
		Outro	.89771*	.31175	.028	.0731	1.7223
	Outro	Esquizofrenia	-.41783	.18989	.135	-.9201	.0844
		Desordem Bipolar	-.29652	.36842	.852	-1.2710	.6780
		Desordem Depressiva	-.89771*	.31175	.028	-1.7223	-.0731
MEAN_SCI_2	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	.11422	.72791	.999	-1.8112	2.0396
		Desordem Depressiva	1.30867	.61208	.153	-.3104	2.9277
		Outro	.31511	.38106	.841	-.6928	1.3231
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-.11422	.72791	.999	-2.0396	1.8112
		Desordem Depressiva	1.19444	.88094	.532	-1.1357	3.5246
		Outro	.20089	.73933	.993	-1.7547	2.1565
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	-1.30867	.61208	.153	-2.9277	.3104
		Desordem Bipolar	-1.19444	.88094	.532	-3.5246	1.1357
		Outro	-.99355	.62562	.393	-2.6484	.6613
	Outro	Esquizofrenia	-.31511	.38106	.841	-1.3231	.6928
		Desordem Bipolar	-.20089	.73933	.993	-2.1565	1.7547
		Desordem Depressiva	.99355	.62562	.393	-.6613	2.6484
		Desordem Depressiva	-18.638	7.786	.090	-39.23	1.96
		Outro	-3.921	4.847	.850	-16.74	8.90
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-9.612	9.259	.728	-34.10	14.88
		Desordem Depressiva	-28.250	11.206	.067	-57.89	1.39
		Outro	-13.533	9.405	.481	-38.41	11.34
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	18.638	7.786	.090	-1.96	39.23
		Desordem Bipolar	28.250	11.206	.067	-1.39	57.89
		Outro	14.717	7.958	.261	-6.33	35.77
	Outro	Esquizofrenia	3.921	4.847	.850	-8.90	16.74
		Desordem Bipolar	13.533	9.405	.481	-11.34	38.41

	Desordem Depressiva	-14.717	7.958	.261	-35.77	6.33
--	---------------------	---------	-------	------	--------	------

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MEAN_TUCP_Q1	Esquizofrenia	29	3.6326	1.44399	.26814	3.0834	4.1819	1.50	8.54
	Desordem Bipolar	4	3.4808	.67973	.33986	2.3992	4.5624	2.88	4.38
	Desordem Depressiva	6	3.7244	2.97260	1.21356	.6048	6.8439	1.69	9.73
	Outro	23	3.5251	2.39254	.49888	2.4905	4.5597	1.12	11.92
	Total	62	3.5918	1.94258	.24671	3.0985	4.0851	1.12	11.92
MEAN_TUCP_Q2	Esquizofrenia	29	1.4138	.20421	.03792	1.3361	1.4915	1.04	1.85
	Desordem Bipolar	4	1.4327	.25777	.12888	1.0225	1.8429	1.23	1.81
	Desordem Depressiva	6	1.2051	.18472	.07541	1.0113	1.3990	1.00	1.42
	Outro	23	1.6204	1.59622	.33283	.9301	2.3107	.92	8.85
	Total	62	1.4715	.98038	.12451	1.2225	1.7204	.92	8.85
MEAN_TUCP_Q3	Esquizofrenia	29	.6379	.21229	.03942	.5572	.7187	.23	1.04
	Desordem Bipolar	4	.7404	.17590	.08795	.4605	1.0203	.50	.92
	Desordem Depressiva	6	.4872	.24040	.09814	.2349	.7395	.23	.77
	Outro	23	.8344	1.66327	.34682	.1152	1.5537	.15	8.38
	Total	62	.7029	1.01877	.12938	.4441	.9616	.15	8.38
MEAN_CIQ_R	Esquizofrenia	29	2.3103	.47918	.08898	2.1281	2.4926	1.33	3.00
	Desordem Bipolar	4	2.2500	.68718	.34359	1.1565	3.3435	1.67	3.00
	Desordem Depressiva	6	2.1111	.72008	.29397	1.3554	2.8668	1.33	3.00
	Outro	23	1.8986	.54527	.11370	1.6628	2.1343	1.00	3.00
	Total	62	2.1344	.56122	.07128	1.9919	2.2769	1.00	3.00
MEAN_CSI	Esquizofrenia	29	2.1034	.69896	.12979	1.8376	2.3693	1.00	4.21

Tabela 6 – Resultados

	Desordem Bipolar	4	1.9821	.61825	.30912	.9984	2.9659	1.29	2.57
	Desordem Depressiva	6	2.5833	.99838	.40759	1.5356	3.6311	1.21	3.86
	Outro	23	1.6856	.56467	.11774	1.4414	1.9298	1.00	3.00
	Total	62	1.9871	.71793	.09118	1.8047	2.1694	1.00	4.21
MEAN_SCI_2	Esquizofrenia	29	3.8851	1.14362	.21237	3.4500	4.3201	1.00	5.50
	Desordem Bipolar	4	3.7708	1.65779	.82889	1.1329	6.4087	2.25	5.63
	Desordem Depressiva	6	2.5764	1.25067	.51058	1.2639	3.8889	1.00	4.08
	Outro	23	3.5699	1.58602	.33071	2.8841	4.2558	1.00	7.83
	Total	62	3.6341	1.38336	.17569	3.2828	3.9855	1.00	7.83

da correlação entre a situação habitacional e as medidas de integração e escala de sintomas.

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MEAN_TUCP_Q1	Individualmente	10	4.0808	3.08511	.97560	1.8738	6.2877	1.54	11.92
	Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	3.7538	2.27973	1.01953	.9232	6.5845	1.35	7.12
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	3.4709	1.72964	.28435	2.8942	4.0476	1.19	9.73
	Residência de Grupo	9	3.3504	1.20195	.40065	2.4265	4.2743	1.12	5.46
	Com outros sem parentesco	1	4.5385	.	.	.	.	4.54	4.54
	Total	62	3.5918	1.94258	.24671	3.0985	4.0851	1.12	11.92
MEAN_TUCP_Q2	Individualmente	10	2.1077	2.38136	.75305	.4042	3.8112	1.00	8.85
	Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	1.1846	.15480	.06923	.9924	1.3768	1.00	1.35
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	1.3617	.25310	.04161	1.2774	1.4461	.92	1.81

	Residência de Grupo	9	1.3675	.15156	.05052	1.2510	1.4840	1.19	1.62
	Com outros sem parentesco	1	1.5385	.	.	.	.	1.54	1.54
	Total	62	1.4715	.98038	.12451	1.2225	1.7204	.92	8.85
MEAN_TUCP_Q3	Individualmente	10	1.3038	2.49829	.79003	-.4833	3.0910	.15	8.38
	Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	.4231	.13043	.05833	.2611	.5850	.23	.58
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	.5686	.22702	.03732	.4929	.6443	.23	.92
	Residência de Grupo	9	.7479	.25593	.08531	.5511	.9446	.31	1.04
	Com outros sem parentesco	1	.6538	.	.	.	.	.65	.65
	Total	62	.7029	1.01877	.12938	.4441	.9616	.15	8.38
MEAN_CIQ_R	Individualmente	10	2.3667	.61764	.19532	1.9248	2.8085	1.00	3.00
	Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	2.0000	.52705	.23570	1.3456	2.6544	1.33	2.67
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	2.0631	.54906	.09027	1.8800	2.2461	1.00	3.00
	Residência de Grupo	9	2.1481	.52997	.17666	1.7408	2.5555	1.67	3.00
	Com outros sem parentesco	1	3.0000	.	.	.	.	3.00	3.00
	Total	62	2.1344	.56122	.07128	1.9919	2.2769	1.00	3.00
MEAN_CSI	Individualmente	10	1.9429	.61795	.19541	1.5008	2.3849	1.00	2.93
	Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	1.3857	.22924	.10252	1.1011	1.6704	1.14	1.71
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	1.9629	.73294	.12049	1.7185	2.2072	1.00	3.86
	Residência de Grupo	9	2.2222	.37871	.12624	1.9311	2.5133	1.71	2.64
	Com outros sem parentesco	1	4.2143	.	.	.	.	4.21	4.21
	Total	62	1.9871	.71793	.09118	1.8047	2.1694	1.00	4.21
MEAN_SCI_2	Individualmente	10	3.8167	2.01664	.63772	2.3741	5.2593	1.00	7.83

Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	3.4833	1.50537	.67322	1.6142	5.3525	1.54	5.46
Outros familiares (Pais, irmão)	37	3.5491	1.30131	.21393	3.1152	3.9830	1.00	5.63
Residência de Grupo Com outros sem parentesco	9	3.8009	1.04951	.34984	2.9942	4.6076	1.79	4.79
	1	4.2083					4.21	4.21
Total	62	3.6341	1.38336	.17569	3.2828	3.9855	1.00	7.83

Tabela 7 – Resultados da correlação entre as habilitações literárias e as medidas de integração e escala de sintomas.

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MEAN_TUCP_Q1	1º Ciclo	4	5.0192	4.63144	2.31572	-2.3504	12.3889	2.00	11.92
	2º Ciclo	7	3.3516	1.00232	.37884	2.4247	4.2786	2.08	4.54
	3º Ciclo	14	2.7143	1.19366	.31902	2.0251	3.4035	1.12	5.77
	Ensino Secundário	22	3.6538	1.87868	.40054	2.8209	4.4868	1.19	9.73
	Licenciatura	15	4.0513	1.78455	.46077	3.0630	5.0395	1.50	8.54
	Total	62	3.5918	1.94258	.24671	3.0985	4.0851	1.12	11.92
MEAN_TUCP_Q2	1º Ciclo	4	3.2404	3.73802	1.86901	-2.7076	9.1884	1.27	8.85
	2º Ciclo	7	1.4176	.20882	.07892	1.2245	1.6107	1.08	1.69
	3º Ciclo	14	1.2198	.23392	.06252	1.0847	1.3548	.92	1.73
	Ensino Secundário	22	1.3462	.24784	.05284	1.2363	1.4560	1.00	1.85
	Licenciatura	15	1.4436	.21848	.05641	1.3226	1.5646	1.08	1.81
	Total	62	1.4715	.98038	.12451	1.2225	1.7204	.92	8.85
MEAN_TUCP_Q3	1º Ciclo	4	2.5288	3.90738	1.95369	-3.6887	8.7464	.42	8.38
	2º Ciclo	7	.6319	.17323	.06547	.4717	.7921	.42	.85

	3º Ciclo	14	.4588	.19696	.05264	.3451	.5725	.23	.92
	Ensino Secundário	22	.5769	.26805	.05715	.4581	.6958	.15	1.04
	Licenciatura	15	.6615	.22902	.05913	.5347	.7884	.23	1.00
	Total	62	.7029	1.01877	.12938	.4441	.9616	.15	8.38
MEAN_CIQ_R	1º Ciclo	4	2.6667	.27217	.13608	2.2336	3.0997	2.33	3.00
	2º Ciclo	7	2.4762	.32530	.12295	2.1753	2.7770	2.00	3.00
	3º Ciclo	14	2.0714	.54190	.14483	1.7585	2.3843	1.33	3.00
	Ensino Secundário	22	2.0909	.61016	.13009	1.8204	2.3614	1.00	3.00
	Licenciatura	15	1.9556	.54724	.14130	1.6525	2.2586	1.33	3.00
	Total	62	2.1344	.56122	.07128	1.9919	2.2769	1.00	3.00
MEAN_CSI	1º Ciclo	4	1.9286	.57735	.28868	1.0099	2.8473	1.14	2.43
	2º Ciclo	7	2.6429	.77919	.29451	1.9222	3.3635	2.00	4.21
	3º Ciclo	14	1.7347	.80736	.21578	1.2685	2.2008	1.00	3.86
	Ensino Secundário	22	1.9505	.60727	.12947	1.6813	2.2198	1.00	3.64
	Licenciatura	15	1.9857	.68841	.17775	1.6045	2.3669	1.07	3.00
	Total	62	1.9871	.71793	.09118	1.8047	2.1694	1.00	4.21
MEAN_SCI_2	1º Ciclo	4	4.8438	2.12850	1.06425	1.4568	8.2307	2.79	7.83
	2º Ciclo	7	4.2440	.99082	.37450	3.3277	5.1604	2.25	5.33
	3º Ciclo	14	3.2381	1.45015	.38757	2.4008	4.0754	1.25	5.00
	Ensino Secundário	22	3.3345	1.28636	.27425	2.7641	3.9048	1.00	5.21
	Licenciatura	15	3.8361	1.25143	.32312	3.1431	4.5291	1.00	5.63
	Total	62	3.6341	1.38336	.17569	3.2828	3.9855	1.00	7.83

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MEAN_TUCP_Q1	Between Groups	22.586	4	5.646	1.550	.200
	Within Groups	207.604	57	3.642		

	Total	230.190	61			
MEAN_TUCP_Q2	Between Groups	13.781	4	3.445	4.379	.004
	Within Groups	44.849	57	.787		
	Total	58.630	61			
MEAN_TUCP_Q3	Between Groups	14.581	4	3.645	4.264	.004
	Within Groups	48.730	57	.855		
	Total	63.311	61			
MEAN_CIQ_R	Between Groups	2.528	4	.632	2.159	.085
	Within Groups	16.685	57	.293		
	Total	19.213	61			
MEAN_CSI	Between Groups	3.945	4	.986	2.045	.100
	Within Groups	27.496	57	.482		
	Total	31.441	61			
MEAN_SCI_2	Between Groups	13.240	4	3.310	1.823	.137
	Within Groups	103.495	57	1.816		
	Total	116.735	61			

Tabela 8 – Post Hoc Tests

**Multiple Comparisons**

Scheffe

Dependent Variable	(I) 13.Habilitações Literárias	(J) 13.Habilitações Literárias	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MEAN_TUCP_Q1	1º Ciclo	2º Ciclo	1.66758	1.19618	.746	-2.1404	5.4756
		3º Ciclo	2.30495	1.08199	.349	-1.1395	5.7494
		Ensino Secundário	1.36538	1.03735	.784	-1.9370	4.6677
		Licenciatura	.96795	1.07395	.936	-2.4509	4.3868
	2º Ciclo	1º Ciclo	-1.66758	1.19618	.746	-5.4756	2.1404

		3º Ciclo	.63736	.88344	.971	-2.1750	3.4497
		Ensino Secundário	-.30220	.82817	.998	-2.9386	2.3342
		Licenciatura	-.69963	.87357	.957	-3.4806	2.0813
	3º Ciclo	1º Ciclo	-2.30495	1.08199	.349	-5.7494	1.1395
		2º Ciclo	-.63736	.88344	.971	-3.4497	2.1750
		Ensino Secundário	-.93956	.65246	.722	-3.0166	1.1375
		Licenciatura	-1.33700	.70920	.477	-3.5947	.9207
	Ensino Secundário	1º Ciclo	-1.36538	1.03735	.784	-4.6677	1.9370
		2º Ciclo	.30220	.82817	.998	-2.3342	2.9386
		3º Ciclo	.93956	.65246	.722	-1.1375	3.0166
		Licenciatura	-.39744	.63904	.983	-2.4318	1.6369
	Licenciatura	1º Ciclo	-.96795	1.07395	.936	-4.3868	2.4509
		2º Ciclo	.69963	.87357	.957	-2.0813	3.4806
		3º Ciclo	1.33700	.70920	.477	-.9207	3.5947
		Ensino Secundário	.39744	.63904	.983	-1.6369	2.4318
MEAN_TUCP_Q2	1º Ciclo	2º Ciclo	1.82280*	.55598	.040	.0529	3.5927
		3º Ciclo	2.02060*	.50290	.006	.4196	3.6216
		Ensino Secundário	1.89423*	.48215	.008	.3593	3.4291
		Licenciatura	1.79679*	.49916	.018	.2077	3.3859
	2º Ciclo	1º Ciclo	-1.82280*	.55598	.040	-3.5927	-.0529
		3º Ciclo	.19780	.41062	.994	-1.1094	1.5050
		Ensino Secundário	.07143	.38493	1.000	-1.1540	1.2968
		Licenciatura	-.02601	.40603	1.000	-1.3186	1.2666
	3º Ciclo	1º Ciclo	-2.02060*	.50290	.006	-3.6216	-.4196
		2º Ciclo	-.19780	.41062	.994	-1.5050	1.1094
		Ensino Secundário	-.12637	.30326	.996	-1.0918	.8390
		Licenciatura	-.22381	.32963	.977	-1.2732	.8256

Ensino Secundário	1º Ciclo	-1.89423*	.48215	.008	-3.4291	-.3593	
	2º Ciclo	-.07143	.38493	1.000	-1.2968	1.1540	
	3º Ciclo	.12637	.30326	.996	-.8390	1.0918	
	Licenciatura	-.09744	.29702	.999	-1.0430	.8481	
Licenciatura	1º Ciclo	-1.79679*	.49916	.018	-3.3859	-.2077	
	2º Ciclo	.02601	.40603	1.000	-1.2666	1.3186	
	3º Ciclo	.22381	.32963	.977	-.8256	1.2732	
	Ensino Secundário	.09744	.29702	.999	-.8481	1.0430	
MEAN_TUCP_Q3	1º Ciclo	2º Ciclo	1.89698*	.57954	.041	.0521	3.7419
		3º Ciclo	2.07005*	.52421	.007	.4013	3.7388
		Ensino Secundário	1.95192*	.50258	.009	.3520	3.5519
		Licenciatura	1.86731*	.52031	.019	.2109	3.5237
	2º Ciclo	1º Ciclo	-1.89698*	.57954	.041	-3.7419	-.0521
		3º Ciclo	.17308	.42802	.997	-1.1895	1.5356
		Ensino Secundário	.05495	.40124	1.000	-1.2224	1.3323
		Licenciatura	-.02967	.42323	1.000	-1.3770	1.3177
	3º Ciclo	1º Ciclo	-2.07005*	.52421	.007	-3.7388	-.4013
		2º Ciclo	-.17308	.42802	.997	-1.5356	1.1895
		Ensino Secundário	-.11813	.31611	.998	-1.1245	.8882
		Licenciatura	-.20275	.34360	.986	-1.2966	.8911
Ensino Secundário	1º Ciclo	-1.95192*	.50258	.009	-3.5519	-.3520	
	2º Ciclo	-.05495	.40124	1.000	-1.3323	1.2224	
	3º Ciclo	.11813	.31611	.998	-.8882	1.1245	
	Licenciatura	-.08462	.30960	.999	-1.0702	.9010	
Licenciatura	1º Ciclo	-1.86731*	.52031	.019	-3.5237	-.2109	
	2º Ciclo	.02967	.42323	1.000	-1.3177	1.3770	
	3º Ciclo	.20275	.34360	.986	-.8911	1.2966	
	Ensino Secundário	.08462	.30960	.999	-.9010	1.0702	

MEAN_CIQ_R	1º Ciclo	2º Ciclo	.19048	.33912	.988	-.8891	1.2700
		3º Ciclo	.59524	.30674	.447	-.3813	1.5717
		Ensino Secundário	.57576	.29409	.437	-.3605	1.5120
		Licenciatura	.71111	.30446	.258	-.2581	1.6803
	2º Ciclo	1º Ciclo	-.19048	.33912	.988	-1.2700	.8891
		3º Ciclo	.40476	.25045	.627	-.3925	1.2021
		Ensino Secundário	.38528	.23478	.613	-.3621	1.1327
		Licenciatura	.52063	.24766	.363	-.2678	1.3090
	3º Ciclo	1º Ciclo	-.59524	.30674	.447	-1.5717	.3813
		2º Ciclo	-.40476	.25045	.627	-1.2021	.3925
		Ensino Secundário	-.01948	.18497	1.000	-.6083	.5694
		Licenciatura	.11587	.20106	.987	-.5242	.7559
	Ensino Secundário	1º Ciclo	-.57576	.29409	.437	-1.5120	.3605
		2º Ciclo	-.38528	.23478	.613	-1.1327	.3621
		3º Ciclo	.01948	.18497	1.000	-.5694	.6083
		Licenciatura	.13535	.18117	.967	-.4414	.7121
Licenciatura	1º Ciclo	-.71111	.30446	.258	-1.6803	.2581	
	2º Ciclo	-.52063	.24766	.363	-1.3090	.2678	
	3º Ciclo	-.11587	.20106	.987	-.7559	.5242	
	Ensino Secundário	-.13535	.18117	.967	-.7121	.4414	
MEAN_CSI	1º Ciclo	2º Ciclo	-.71429	.43532	.613	-2.1001	.6715
		3º Ciclo	.19388	.39376	.993	-1.0597	1.4474
		Ensino Secundário	-.02198	.37752	1.000	-1.2238	1.1798
		Licenciatura	-.05714	.39084	1.000	-1.3014	1.1871
	2º Ciclo	1º Ciclo	.71429	.43532	.613	-.6715	2.1001
		3º Ciclo	.90816	.32151	.108	-.1153	1.9317
		Ensino Secundário	.69231	.30139	.274	-.2672	1.6518
		Licenciatura	.65714	.31792	.381	-.3549	1.6692

	3º Ciclo	1º Ciclo	-.19388	.39376	.993	-1.4474	1.0597
		2º Ciclo	-.90816	.32151	.108	-1.9317	.1153
		Ensino Secundário	-.21586	.23745	.934	-.9718	.5401
		Licenciatura	-.25102	.25810	.917	-1.0727	.5706
Ensino Secundário	1º Ciclo	.02198	.37752	1.000	-1.1798	1.2238	
	2º Ciclo	-.69231	.30139	.274	-1.6518	.2672	
	3º Ciclo	.21586	.23745	.934	-.5401	.9718	
	Licenciatura	-.03516	.23256	1.000	-.7755	.7052	
Licenciatura	1º Ciclo	.05714	.39084	1.000	-1.1871	1.3014	
	2º Ciclo	-.65714	.31792	.381	-1.6692	.3549	
	3º Ciclo	.25102	.25810	.917	-.5706	1.0727	
	Ensino Secundário	.03516	.23256	1.000	-.7052	.7755	
MEAN_SCI_2	1º Ciclo	2º Ciclo	.59970	.84458	.972	-2.0890	3.2884
		3º Ciclo	1.60565	.76395	.363	-.8263	4.0376
		Ensino Secundário	1.50926	.73243	.384	-.8224	3.8409
		Licenciatura	1.00764	.75827	.778	-1.4063	3.4215
2º Ciclo	1º Ciclo	-.59970	.84458	.972	-3.2884	2.0890	
	3º Ciclo	1.00595	.62376	.629	-.9798	2.9917	
	Ensino Secundário	.90956	.58474	.661	-.9519	2.7710	
	Licenciatura	.40794	.61679	.979	-1.5556	2.3715	
3º Ciclo	1º Ciclo	-1.60565	.76395	.363	-4.0376	.8263	
	2º Ciclo	-1.00595	.62376	.629	-2.9917	.9798	
	Ensino Secundário	-.09639	.46068	1.000	-1.5629	1.3702	
	Licenciatura	-.59802	.50074	.838	-2.1921	.9961	
Ensino Secundário	1º Ciclo	-1.50926	.73243	.384	-3.8409	.8224	
	2º Ciclo	-.90956	.58474	.661	-2.7710	.9519	
	3º Ciclo	.09639	.46068	1.000	-1.3702	1.5629	

	Licenciatura		-.50162	.45120	.871	-1.9380	.9347
Licenciatura	1º Ciclo		-1.00764	.75827	.778	-3.4215	1.4063
	2º Ciclo		-.40794	.61679	.979	-2.3715	1.5556
	3º Ciclo		.59802	.50074	.838	-.9961	2.1921
	Ensino Secundário		.50162	.45120	.871	-.9347	1.9380

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MEAN_TUCP_Q1	Between Groups	14.568	2	7.284	1.993	.145
	Within Groups	215.623	59	3.655		
	Total	230.190	61			
MEAN_TUCP_Q2	Between Groups	1.978	2	.989	1.030	.363
	Within Groups	56.652	59	.960		
	Total	58.630	61			
MEAN_TUCP_Q3	Between Groups	3.078	2	1.539	1.507	.230
	Within Groups	60.233	59	1.021		
	Total	63.311	61			
MEAN_CIQ_R	Between Groups	3.796	2	1.898	7.263	.002
	Within Groups	15.417	59	.261		
	Total	19.213	61			
MEAN_CSI	Between Groups	.322	2	.161	.306	.738
	Within Groups	31.118	59	.527		
	Total	31.441	61			
MEAN_SCI_2	Between Groups	6.116	2	3.058	1.631	.204
	Within Groups	110.618	59	1.875		
	Total	116.735	61			

## Multiple Comparisons

## Scheffe

Dependent Variable	(I) 1.Idade	(J) 1.Idade	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MEAN_TUCP_Q1	18-33	34-49	-1.09126	.54777	.147	-2.4668	.2843
		50-65	-.71383	.69180	.590	-2.4511	1.0234
	34-49	18-33	1.09126	.54777	.147	-.2843	2.4668
		50-65	.37743	.65618	.848	-1.2704	2.0252
	50-65	18-33	.71383	.69180	.590	-1.0234	2.4511
		34-49	-.37743	.65618	.848	-2.0252	1.2704
MEAN_TUCP_Q2	18-33	34-49	-.37843	.28077	.409	-1.0835	.3267
		50-65	-.06410	.35460	.984	-.9546	.8264
	34-49	18-33	.37843	.28077	.409	-.3267	1.0835
		50-65	.31432	.33634	.648	-.5303	1.1590
	50-65	18-33	.06410	.35460	.984	-.8264	.9546
		34-49	-.31432	.33634	.648	-1.1590	.5303
MEAN_TUCP_Q3	18-33	34-49	-.49331	.28951	.242	-1.2203	.2337
		50-65	-.17766	.36564	.889	-1.0958	.7405
	34-49	18-33	.49331	.28951	.242	-.2337	1.2203
		50-65	.31565	.34681	.663	-.5553	1.1866
	50-65	18-33	.17766	.36564	.889	-.7405	1.0958
		34-49	-.31565	.34681	.663	-1.1866	.5553
MEAN_CIQ_R	18-33	34-49	-.48221*	.14647	.007	-.8500	-.1144
		50-65	-.59524*	.18499	.008	-1.0598	-.1307
	34-49	18-33	.48221*	.14647	.007	.1144	.8500
		50-65	-.11303	.17546	.813	-.5537	.3276
	50-65	18-33	.59524*	.18499	.008	.1307	1.0598

		34-49	.11303	.17546	.813	-.3276	.5537
MEAN_CSI	18-33	34-49	-.05685	.20809	.963	-.5794	.4657
		50-65	-.20402	.26281	.741	-.8640	.4560
	34-49	18-33	.05685	.20809	.963	-.4657	.5794
		50-65	-.14717	.24928	.841	-.7732	.4788
	50-65	18-33	.20402	.26281	.741	-.4560	.8640
		34-49	.14717	.24928	.841	-.4788	.7732
MEAN_SCI_2	18-33	34-49	-.69125	.39234	.220	-1.6765	.2940
		50-65	-.22597	.49550	.901	-1.4703	1.0183
	34-49	18-33	.69125	.39234	.220	-.2940	1.6765
		50-65	.46528	.46999	.615	-.7150	1.6455
	50-65	18-33	.22597	.49550	.901	-1.0183	1.4703
		34-49	-.46528	.46999	.615	-1.6455	.7150

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MEAN_TUCP_Q1	Between Groups	22,586	4	5,646	1,550	,200
	Within Groups	207,604	57	3,642		
	Total	230,190	61			
MEAN_TUCP_Q2	Between Groups	13,781	4	3,445	4,379	
	Within Groups	44,849	57	,787		
	Total	58,630	61			
MEAN_TUCP_Q3	Between Groups	14,581	4	3,645	4,264	,004
	Within Groups	48,730	57	,855		
	Total	63,311	61			
MEAN_CIQ_R	Between Groups	2,528	4	,632	2,159	,085
	Within Groups	16,685	57	,293		

	Total	19,213	61			
MEAN_CSI	Between Groups	3,945	4	,986	2,045	,100
	Within Groups	27,496	57	,482		
	Total	31,441	61			
MEAN_SCI_2	Between Groups	13,240	4	3,310	1,823	,137
	Within Groups	103,495	57	1,816		
	Total	116,735	61			

### Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) 13.Habilitações Literárias	(J) 13.Habilitações Literárias	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MEAN_TUCP_Q1	1º Ciclo	2º Ciclo	1,66758	1,19618	,169	-,7277	4,0629
		3º Ciclo	2,30495*	1,08199	,037	,1383	4,4716
		Ensino Secundário	1,36538	1,03735	,193	-,7119	3,4426
		Licenciatura	,96795	1,07395	,371	-1,1826	3,1185
	2º Ciclo	1º Ciclo	-1,66758	1,19618	,169	-4,0629	,7277
		3º Ciclo	,63736	,88344	,474	-1,1317	2,4064
		Ensino Secundário	-,30220	,82817	,717	-1,9606	1,3562
		Licenciatura	-,69963	,87357	,427	-2,4489	1,0497
	3º Ciclo	1º Ciclo	-2,30495*	1,08199	,037	-4,4716	-,1383
		2º Ciclo	-,63736	,88344	,474	-2,4064	1,1317
		Ensino Secundário	-,93956	,65246	,155	-2,2461	,3670
		Licenciatura	-1,33700	,70920	,065	-2,7571	,0832
Ensino Secundário	1º Ciclo	-1,36538	1,03735	,193	-3,4426	,7119	
	2º Ciclo	,30220	,82817	,717	-1,3562	1,9606	
	3º Ciclo	,93956	,65246	,155	-,3670	2,2461	

		Licenciatura	- ,39744	,63904	,536	-1,6771	,8822
		1º Ciclo	- ,96795	1,07395	,371	-3,1185	1,1826
	Licenciatura	2º Ciclo	,69963	,87357	,427	-1,0497	2,4489
		3º Ciclo	1,33700	,70920	,065	-,0832	2,7571
		Ensino Secundário	,39744	,63904	,536	-,8822	1,6771
		2º Ciclo	1,82280*	,55598	,002	,7095	2,9361
	1º Ciclo	3º Ciclo	2,02060*	,50290	,000	1,0136	3,0276
		Ensino Secundário	1,89423*	,48215	,000	,9287	2,8597
		Licenciatura	1,79679*	,49916	,001	,7972	2,7964
		1º Ciclo	-1,82280*	,55598	,002	-2,9361	-,7095
	2º Ciclo	3º Ciclo	,19780	,41062	,632	-,6244	1,0200
		Ensino Secundário	,07143	,38493	,853	-,6994	,8422
		Licenciatura	-,02601	,40603	,949	-,8391	,7871
		1º Ciclo	-2,02060*	,50290	,000	-3,0276	-1,0136
	3º Ciclo	2º Ciclo	-,19780	,41062	,632	-1,0200	,6244
		Ensino Secundário	-,12637	,30326	,678	-,7336	,4809
		Licenciatura	-,22381	,32963	,500	-,8839	,4363
		1º Ciclo	-1,89423*	,48215	,000	-2,8597	-,9287
	Ensino Secundário	2º Ciclo	-,07143	,38493	,853	-,8422	,6994
		3º Ciclo	,12637	,30326	,678	-,4809	,7336
		Licenciatura	-,09744	,29702	,744	-,6922	,4973
		1º Ciclo	-1,79679*	,49916	,001	-2,7964	-,7972
	Licenciatura	2º Ciclo	,02601	,40603	,949	-,7871	,8391
		3º Ciclo	,22381	,32963	,500	-,4363	,8839
		Ensino Secundário	,09744	,29702	,744	-,4973	,6922
		2º Ciclo	1,89698*	,57954	,002	,7365	3,0575
	1º Ciclo	3º Ciclo	2,07005*	,52421	,000	1,0203	3,1198
		Ensino Secundário	1,95192*	,50258	,000	,9455	2,9583
		Licenciatura	1,86731*	,52031	,001	,8254	2,9092

		1º Ciclo	-1,89698*	,57954	,002	-3,0575	-,7365
	2º Ciclo	3º Ciclo	,17308	,42802	,687	-,6840	1,0302
		Ensino Secundário	,05495	,40124	,892	-,7485	,8584
		Licenciatura	-,02967	,42323	,944	-,8772	,8178
		1º Ciclo	-2,07005*	,52421	,000	-3,1198	-1,0203
	3º Ciclo	2º Ciclo	-,17308	,42802	,687	-1,0302	,6840
		Ensino Secundário	-,11813	,31611	,710	-,7511	,5149
		Licenciatura	-,20275	,34360	,557	-,8908	,4853
		1º Ciclo	-1,95192*	,50258	,000	-2,9583	-,9455
	Ensino Secundário	2º Ciclo	-,05495	,40124	,892	-,8584	,7485
		3º Ciclo	,11813	,31611	,710	-,5149	,7511
		Licenciatura	-,08462	,30960	,786	-,7046	,5354
		1º Ciclo	-1,86731*	,52031	,001	-2,9092	-,8254
	Licenciatura	2º Ciclo	,02967	,42323	,944	-,8178	,8772
		3º Ciclo	,20275	,34360	,557	-,4853	,8908
		Ensino Secundário	,08462	,30960	,786	-,5354	,7046
		2º Ciclo	,19048	,33912	,577	-,4886	,8695
	1º Ciclo	3º Ciclo	,59524	,30674	,057	-,0190	1,2095
		Ensino Secundário	,57576	,29409	,055	-,0131	1,1647
		Licenciatura	,71111*	,30446	,023	,1014	1,3208
		1º Ciclo	-,19048	,33912	,577	-,8695	,4886
	2º Ciclo	3º Ciclo	,40476	,25045	,112	-,0968	,9063
		Ensino Secundário	,38528	,23478	,106	-,0849	,8554
MEAN_CIQ_R		Licenciatura	,52063*	,24766	,040	,0247	1,0166
		1º Ciclo	-,59524	,30674	,057	-1,2095	,0190
	3º Ciclo	2º Ciclo	-,40476	,25045	,112	-,9063	,0968
		Ensino Secundário	-,01948	,18497	,916	-,3899	,3509
		Licenciatura	,11587	,20106	,567	-,2867	,5185
	Ensino Secundário	1º Ciclo	-,57576	,29409	,055	-1,1647	,0131
		2º Ciclo	-,38528	,23478	,106	-,8554	,0849

		3º Ciclo	,01948	,18497	,916	-,3509	,3899
		Licenciatura	,13535	,18117	,458	-,2274	,4981
		1º Ciclo	-,71111*	,30446	,023	-1,3208	-,1014
		2º Ciclo	-,52063*	,24766	,040	-1,0166	-,0247
	Licenciatura	3º Ciclo	-,11587	,20106	,567	-,5185	,2867
		Ensino Secundário	-,13535	,18117	,458	-,4981	,2274
		2º Ciclo	-,71429	,43532	,106	-1,5860	,1574
		3º Ciclo	,19388	,39376	,624	-,5946	,9824
	1º Ciclo	Ensino Secundário	-,02198	,37752	,954	-,7779	,7340
		Licenciatura	-,05714	,39084	,884	-,8398	,7255
		1º Ciclo	,71429	,43532	,106	-,1574	1,5860
		3º Ciclo	,90816*	,32151	,007	,2644	1,5520
	2º Ciclo	Ensino Secundário	,69231*	,30139	,025	,0888	1,2958
		Licenciatura	,65714*	,31792	,043	,0205	1,2938
		1º Ciclo	-,19388	,39376	,624	-,9824	,5946
		2º Ciclo	-,90816*	,32151	,007	-1,5520	-,2644
		3º Ciclo	-,21586	,23745	,367	-,6913	,2596
		Ensino Secundário	-,25102	,25810	,335	-,7679	,2658
		Licenciatura	,02198	,37752	,954	-,7340	,7779
		1º Ciclo	-,69231*	,30139	,025	-1,2958	-,0888
	Ensino Secundário	2º Ciclo	,21586	,23745	,367	-,2596	,6913
		3º Ciclo	-,03516	,23256	,880	-,5009	,4305
		Licenciatura	,05714	,39084	,884	-,7255	,8398
		1º Ciclo	-,65714*	,31792	,043	-1,2938	-,0205
		2º Ciclo	,25102	,25810	,335	-,2658	,7679
	Licenciatura	3º Ciclo	,03516	,23256	,880	-,4305	,5009
		Ensino Secundário	,59970	,84458	,481	-1,0915	2,2909
		2º Ciclo					
		3º Ciclo	1,60565*	,76395	,040	,0759	3,1354
	1º Ciclo	Ensino Secundário	1,50926*	,73243	,044	,0426	2,9759

	Licenciatura	1,00764	,75827	,189	-,5108	2,5260
	1º Ciclo	-,59970	,84458	,481	-2,2909	1,0915
2º Ciclo	3º Ciclo	1,00595	,62376	,112	-,2431	2,2550
	Ensino Secundário	,90956	,58474	,125	-,2614	2,0805
	Licenciatura	,40794	,61679	,511	-,8272	1,6430
	1º Ciclo	-1,60565*	,76395	,040	-3,1354	-,0759
3º Ciclo	2º Ciclo	-1,00595	,62376	,112	-2,2550	,2431
	Ensino Secundário	-,09639	,46068	,835	-1,0189	,8261
	Licenciatura	-,59802	,50074	,237	-1,6007	,4047
	1º Ciclo	-1,50926*	,73243	,044	-2,9759	-,0426
Ensino Secundário	2º Ciclo	-,90956	,58474	,125	-2,0805	,2614
	3º Ciclo	,09639	,46068	,835	-,8261	1,0189
	Licenciatura	-,50162	,45120	,271	-1,4051	,4019
	1º Ciclo	-1,00764	,75827	,189	-2,5260	,5108
Licenciatura	2º Ciclo	-,40794	,61679	,511	-1,6430	,8272
	3º Ciclo	,59802	,50074	,237	-,4047	1,6007
	Ensino Secundário	,50162	,45120	,271	-,4019	1,4051

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Respostas múltiplas

5. Que tipo de serviços de saúde mental recebe actualmente?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
5 <sup>a</sup>	5.1.Consultas	46	26,6%	74,2%
	5.2.Medicção Psiquiátrica	43	24,9%	69,4%
	5.4.Fórum Sócio- ocupacional	39	22,5%	62,9%
	5.5.Habitação Independente	7	4,0%	11,3%
	5.6.Residência de Grupo	6	3,5%	9,7%
	5.7.Emprego Apoiado	31	17,9%	50,0%
	5.9.Outros	1	0,6%	1,6%
Total		173	100,0%	279,0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

21. O emprego/estágio foi promovido pelo serviço de emprego apoiado da Organização ao nível da:

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
21 <sup>a</sup>	21.1.Escolha	20	27,4%	64,5%
	21.2.Obtenção	22	30,1%	71,0%
	21.3.Manutenção	31	42,5%	100,0%
Total		73	100,0%	235,5%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

6. Se respondeu Emprego Apoiado ou Protegido, refira se teve algum internamento psiquiátrico antes de começar a trabalhar?

7. Teve algum internamento psiquiátrico depois de começar a trabalhar?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
67 <sup>a</sup>	6.Internamento Psiquiátrico antes de começar a trabalhar	7	70,0%	87,5%
	7.Internamento Psiquiátrico depois de começar a trabalhar	3	30,0%	37,5%
Total		10	100,0%	125,0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

14. Qual a sua situação profissional actual?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
14 <sup>a</sup>	14.1.Empregado Conta Própria	1	1,6%	1,6%
	14.2.Empregado Conta Outrém	21	33,9%	33,9%
	14.3.Desempregado à procura de trabalho	23	37,1%	37,1%
	14.4.Desempregado sem procurar trabalho	1	1,6%	1,6%
	14.5.Estagiário em contexto de trabalho	9	14,5%	14,5%
	14.6.Reformado, Pensão Social ou RSI	7	11,3%	11,3%
<b>Total</b>		<b>62</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

23. Que actividades/serviços da Organização utiliza actualmente?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
23 <sup>a</sup>	Serviços de emprego	31	22,6%	52,5%
	Formação Profissional	34	24,8%	57,6%
	Apoio Habitacional	13	9,5%	22,0%
	Reunião Pós-Laboral	10	7,3%	16,9%
	Integração e Apoio Escolar	6	4,4%	10,2%
	Actividades Desportivas	14	10,2%	23,7%
	Voluntariado	5	3,6%	8,5%
	Grupo de Ajuda Mútua	15	10,9%	25,4%
	Outra	9	6,6%	15,3%
<b>Total</b>		<b>137</b>	<b>100,0%</b>	<b>232,2%</b>

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

TUCP

Questão 3: Esta actividade é importante para si?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
1 <sup>a</sup>	1 - Ir fazer compras a uma mercearia, loja em centro comercial, outra loja ou feira	56	6,0%	90,3%
	2 - Ir a um restaurante ou café	54	5,8%	87,1%

3 - Ir à igreja, sinagoga ou outro local de culto	31	3,3%	50,0%
4 - Ir ao cinema	40	4,3%	64,5%
5 - Ir a um parque ou centro recreativo	36	3,9%	58,1%
6 - Ir a um teatro ou a um evento cultural	31	3,3%	50,0%
7 - Ir a um jardim botânico ou museu	26	2,8%	41,9%
8 - Fazer recados	48	5,2%	77,4%
9 - Ir a uma biblioteca	28	3,0%	45,2%
10 - Ir assistir a um evento desportivo	26	2,8%	41,9%
11 - Ir a um ginásio ou clube de saúde, incluindo piscina ou participar num evento desportivo	34	3,7%	54,8%
12 - Ir a uma barbearia, salão de beleza, salão de manicure e spa	43	4,6%	69,4%
13 - Utilizar transportes públicos	55	5,9%	88,7%
14 - Ir a um grupo de ajuda-mútua para questões de saúde mental	32	3,5%	51,6%
15 - Ir a um grupo de ajuda-mútua para problemas de abuso de substâncias	9	1,0%	14,5%
16 - Ir a um outro tipo de apoio de ajuda-mútua na comunidade	11	1,2%	17,7%
17 - Ir a uma organização gerida por pares ou de defesa de direitos cívicos	26	2,8%	41,9%
18 - Ir a um grupo social na comunidade	27	2,9%	43,5%
19 - Trabalhar com remuneração	59	6,4%	95,2%
20 - Ir à escola para obter um grau académico ou certificado	46	5,0%	74,2%

21 - Frequentar uma aula para lazer ou competências para a vida	32	3,5%	51,6%
22 - Participar em actividades de voluntariado	35	3,8%	56,5%
23 - Participar em encontros sociais, ou participar em eventos de celebração com a família e os amigos	40	4,3%	64,5%
24 - Receber a família ou os amigos na sua casa, ou visitá-los em suas casas	56	6,0%	90,3%
25 - Participar numa feira comunitária, festa do bairro, dia de limpeza comunitária ou outro evento ou actividade comunitária	24	2,6%	38,7%
26 - Ir ou participar em actividades ou organizações cívicas ou políticas	22	2,4%	35,5%
<b>Total</b>	<b>927</b>	<b>100,0%</b>	<b>1495,2%</b>

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

## **Anexo A**

Instrumento de recolha de dados – Questionário  
Treino e Instruções

## Anexo B

### Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes (N=62), (Tabela 1)

Tabela 1 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes (N=62)

Característica	<i>n</i> (%)
<b>Idade</b>	
18-33	21 (33.9)
34-49	29 (46.8)
50-65	12 (19.4)
<b>Género</b>	
Feminino	29 (46.8)
Masculino	33 (53.2)
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	
Esquizofrenia	29 (46.8)
Desordem bipolar	4 (6.5)
Desordem depressiva	6 (9.7)
Outros diagnósticos psiquiátricos	23 (37.1)
<b>Serviços de Saúde Mental Utilizados</b>	
Emprego apoiado	31 (50)
Outros serviços	31 (50)
<b>Situação Profissional</b>	
Empregado ou em estágio	31 (50)
Desempregado	24 (38.7)
A viver de pensões sociais	7(11.3)
<b>Última Experiência Profissional</b>	
No último mês	23 (37.1)
Nos últimos 6 meses	8 (12.9)
Nos últimos 12 meses	6 (9.7)
Há mais de 12 meses	25 (40.3)
<b>Anos de experiência de trabalho</b>	
Menos de 1 ano	19 (30.6)
1-5 anos	24 (38.7)
6-10 anos	6 (9.7)
11-20 anos	12 (19.4)
21-25 anos	1 (1.6)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro(a)	56 (90.3)
Casado(a) ou União de Facto	5 (8.1)
Divorciado(a)	1 (1.6)
<b>Com quem vive</b>	
Individualmente	10(10)
Esposo(a)/Parceiro(a)	5(5)
Outros familiares	37(37)

---

Residência de grupo	9(9)
Com outros sem parentesco	1(1)
<b>Habilitações Literárias</b>	
1ºCiclo	4 (6.5)
2ºCiclo	7 (11.3)
3ºCiclo	14 (22.60)
Ensino Secundário	22 (35.5)
Licenciatura	15 (24.2)

---

## Anexo C

### Comparação dos dados sociodemográficos dos participantes por grupo (Tabela 2)

Tabela 2 – Comparação dos dados sociodemográficos dos participantes por grupo

Característica	Total (N=62)	Grupo 1 n = 31	Grupo 2 n = 31	Estatística		
	N (%)	N (%)	N (%)	X <sup>2</sup> or t	df	p
<b>Idade</b>				.415	2	.812
18-33	21(33.9)	10(32.3)	11(35.5)			
34-49	29(46.8)	14(45.2)	15(48.4)			
50-65	12(19.4)	7(22.6)	5(16.1)			
<b>Género</b>				.065	1	.799
Feminino	29(46.8)	15 (48.4)	14 (45.2)			
Masculino	33(53.2)	16 (51.6)	17 (54.8)			
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>				7.354	3	.061
Esquizofrenia	29(46.8)	13 (41.9)	16 (51.6)			
Desordem bipolar	4(6.5)	1 (3.2)	3 (9.7)			
Desordem depressiva	6(9.7)	6 (19.4)	0 (0)			
Outros diagnósticos psiquiátricos	23(37.1)	11 (35.5)	12 (38.7)			
<b>Internamentos Psiquiátricos</b>						
Antes de começar a trabalhar através de EA	31(100)	17 (54.9)	-			
Depois de começar a trabalhar através de EA	31(100)	3 (9.7)	-			
<b>Serviços de Saúde Mental Utilizados</b>						
Emprego apoiado		31 (50)	-			
Outros serviços		-	31 (50)			
<b>Situação Profissional</b>						
Empregado/estágio	31(50)	31 (50)	-			
Desempregado	24(38.7)	-	24 (38.7)			
A viver de pensões sociais	7(11.3)	-	7 (11.3)			
<b>Última Experiência Profissional</b>				-19.053	60	.000
No último mês	23(37.1)	23 (37.1)	-			
Nos últimos 6 meses	8(12.9)	8 (12.9)	-			
Nos últimos 12 meses	6(9.7)	-	6 (9.7)			
Há mais de 12 meses	25(40.3)	-	25 (40.3)			
<b>Anos de experiência de trabalho</b>				3.103	57.469	.003
Menos de 1 ano	19(30.6)	5 (16.1)	14 (45.2)			
1-5 anos	24(38.7)	12 (38.7)	12 (38.7)			
6-10 anos	6(9.7)	4 (12.9)	2 (6.5)			
11-20 anos	12(19.4)	9 (29.0)	3 (9.7)			
21-25 anos	1(1.6)	1 (3.2)	0 (0)			
<b>Estado Civil</b>				3.086	2	.214

Solteiro(a)	56(90.3)	26 (83.9)	30 (96.8)			
Casado(a) ou União de Facto	5(8.1)	4 (12.9)	1 (3.2)			
Separado(a)	1(1.6)	1 (3.2)	0 (0)			
<b>Com quem vive</b>				3.154	4	.532
Individualmente	10(16.1)	5(16.1)	5(16.1)			
Esposo(a)/Parceiro(a)	5(8.1)	4(12.9)	1(3.2)			
Outros familiares	37(59.7)	17(54.8)	20(64.5)			
Residência de grupo	9(14.5)	4(12.9)	5(16.1)			
Com outros sem parentesco	1(1.6)	1(3.2)	0(0)			
<b>Habilitações Literárias</b>				6.095	4	.192
1ºCiclo	4(6.5)	4 (12.9)	0 (0)			
2ºCiclo	7(11.3)	3 (9.7)	4 (12.9)			
3ºCiclo	14(22.6)	8 (25.8)	6 (19.4)			
Ensino Secundário	22(35.5)	11 (35.5)	11 (35.5)			
Licenciatura	15(24.2)	5 (16.1)	10 (32.3)			

## Anexo D

### Coefficiente de correlação de Pearson entre as medidas de integração comunitária em 62 participantes (Tabela 5)

Tabela 5 – Coeficiente de correlação de Pearson entre as medidas de integração comunitária em 62 participantes

	TUCP_Q1	TUCP_Q2	TUCP_Q3	SCI_2	CSI	CIQ_R (subscale)
TUCP_Q1	1	.563**	.626**	.383**	.000	-.135
		.000	.000	.002	.998	.297
	62	62	62	62	62	62
TUCP_Q2	.563**	1	.980**	.468**	.090	.064
	.000		.000	.000	.488	.621
	62	62	62	62	62	62
TUCP_Q3	.626**	.980**	1	.480**	.066	.067
	.000	.000		.000	.610	.607
	62	62	62	62	62	62
SCI_2	.383**	.468**	.480**	1	-.037	.138
	.002	.000	.000		.776	.285
	62	62	62	62	62	62
CSI	.000	.090	.066	-.037	1	-.005
	.998	.488	.610	.776		.972
	62	62	62	62	62	62
CIQ_R	-.135	.064	.067	.138	-.005	1
(Sub-escala Redes	.297	.621	.607	.285	.972	
Sociais)	62	62	62	62	62	62

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

## Anexo E

### Outputs da estatística descritiva (SPSS)

Tabelas – Número de participantes por situação profissional, caracterização etária, género, diagnóstico psiquiátrico, serviços de saúde mental, internamentos, abuso de substâncias, participação e tempo de participação nos serviços, estado civil, situação habitacional, habilitações literárias, situação profissional, profissão, data da última experiência profissional, tipo w dimensão da empresa, regime de trabalho, níveis de apoio de emprego apoiado e número de anos de trabalho.

#### Grupos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Integrados Profissionalmente	31	50.0	50.0	50.0
Não Integrados Profissionalmente	31	50.0	50.0	100.0
Total	62	100.0	100.0	

#### 1.Idade

N	Valid	62
	Missing	0
Mean		38.60
Std. Error of Mean		1.417
Median		38.50
Mode		34 <sup>a</sup>
Minimum		18
Maximum		62
Sum		2393

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

#### 1.Idade \* Grupos Crosstabulation

			Grupos		Total
			Integrados Profissionalmente	Não Integrados Profissionalmente	
1.Idade	18-33	Count	10	11	21
		% within 1.Idade	47.6%	52.4%	100.0%
		% within Grupos	32.3%	35.5%	33.9%
34-49		Count	14	15	29
		% within 1.Idade	48.3%	51.7%	100.0%
		% within Grupos	45.2%	48.4%	46.8%

### Grupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Integrados	31	50.0	50.0	50.0
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	50.0	50.0	100.0
	Profissionalmente				
	50-65	Count	7	5	12
		% within 1.Idade	58.3%	41.7%	100.0%
		% within Grupos	22.6%	16.1%	19.4%
Total	Count	31	31	62	
	% within 1.Idade	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within Grupos	100.0%	100.0%	100.0%	

### 2.Gênero

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	33	53.2	53.2	53.2
	Feminino	29	46.8	46.8	100.0
Total		62	100.0	100.0	

### 3. Conhecem o Diagnóstico Psiquiátrico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	11	17.7	17.7	17.7
	Sim	51	82.3	82.3	100.0
Total		62	100.0	100.0	

### 4. Tipo de Diagnóstico Psiquiátrico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esquizofrenia	29	46.8	46.8	46.8
	Desordem Bipolar	4	6.5	6.5	53.2
	Desordem Depressiva	6	9.7	9.7	62.9
	Outro	23	37.1	37.1	100.0
Total		62	100.0	100.0	

### 5.1 Consultas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	25.8	25.8	25.8
	Sim	46	74.2	74.2	100.0
Total		62	100.0	100.0	

### 5.2 Unidade de Dia em Hospital

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	62	100.0	100.0	100.0

### 5.3 Fórum Sócio-ocupacional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	37.1	37.1	37.1
Sim	39	62.9	62.9	100.0
Total	62	100.0	100.0	

### 5.4 Habitação Independente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	55	88.7	88.7	88.7
Sim	7	11.3	11.3	100.0

### 5.5 Residência de Grupo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	56	90.3	90.3	90.3
Sim	6	9.7	9.7	100.0
Total	62	100.0	100.0	

### 5.6 Emprego Apoiado

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	31	50,0	50,0	50,0
	Sim	31	50,0	50,0	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

### 5.7 Emprego Protegido

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	62	100.0	100.0	100.0

### 6. Internamento Psiquiátrico antes de começar a trabalhar

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	14	22,6	43,8	43,8
	Sim, uma vez	7	11,3	21,9	65,6
	Sim, duas vezes	5	8,1	15,6	81,3
	Sim, três vezes	4	6,5	12,5	93,8
	Sim, quatro ou mais vezes	2	3,2	6,3	100,0
	Total	32	51,6	100,0	
Omisso	Sistema	30	48,4		
Total		62	100,0		

**7. Internamento Psiquiátrico depois de começar a trabalhar**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	29	46,8	90,6	90,6
	Sim, uma vez	3	4,8	9,4	100,0
	Total	32	51,6	100,0	
Omisso	Sistema	30	48,4		
Total		62	100,0		

**8. Tem ou teve alguma situação de abuso de substâncias ou de medicamentos**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	46	74,2	75,4	75,4
	Sim	15	24,2	24,6	100,0
	Total	61	98,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	1,6		
Total		62	100,0		

**9. Frequenta as actividades ou serviços desta Organização actualmente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	6	9.7	9.7	9.7
	Sim	56	90.3	90.3	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

**10. Frequenta ou frequentou os serviços e actividades desta Organização durante quanto tempo aproximadamente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 6 meses	14	22.6	22.6	22.6
	6 meses - 2 anos	15	24.2	24.2	46.8
	3 - 5 anos	9	14.5	14.5	61.3
	6 - 9 anos	10	16.1	16.1	77.4
	> 10	14	22.6	22.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

**11. Estado civil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro(a)	56	90.3	90.3	90.3
	Casado(a) ou União de facto	5	8.1	8.1	98.4

Divorciado(a)	1	1.6	1.6	100.0
Total	62	100.0	100.0	

### 12.Com quem vive

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Individualmente	10	16.1	16.1	16.1
Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	8.1	8.1	24.2
Outros familiares (Pais, irmão)	37	59.7	59.7	83.9
Residência de Grupo	9	14.5	14.5	98.4
Com outros sem parentesco	1	1.6	1.6	100.0
Total	62	100.0	100.0	

### 13.Habilitações Literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1º Ciclo	4	6.5	6.5	6.5
2º Ciclo	7	11.3	11.3	17.7
3º Ciclo	14	22.6	22.6	40.3
Ensino Secundário	22	35.5	35.5	75.8
Licenciatura	15	24.2	24.2	100.0
Total	62	100.0	100.0	
Total	62	100.0	100.0	

### 14.1.Empregado Conta Própria

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	61	98,4	98,4	98,4
	Sim	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

### 14.2.Empregado Conta Outrém

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	41	66,1	66,1	66,1
	Sim	21	33,9	33,9	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

### 14.3.Desempregado à procura de trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	39	62,9	62,9	62,9

	Sim	23	37,1	37,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

#### 14.4.Desempregado sem procurar trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	61	98,4	98,4	98,4
	Sim	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

#### 14.5.Estagiário em contexto de trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	53	85,5	85,5	85,5
	Sim	9	14,5	14,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

#### 14.6.Reformado, Pensão Social ou RSI

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	55	88,7	88,7	88,7
	Sim	7	11,3	11,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

### 15. Profissão

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	31	50,0	50,0	50,0
Apoio à Comunidade	1	1,6	1,6	51,6
Ass Fam e Ap Comun	1	1,6	1,6	53,2
Assistente Administra	1	1,6	1,6	54,8
Assistente de Florista	1	1,6	1,6	56,4
assistente Operaciona	1	1,6	1,6	58,0
Auxiliar de Lar	1	1,6	1,6	59,6
Auxiliar de Limpeza	1	1,6	1,6	61,2
Bordadora	1	1,6	1,6	62,8
Empregada de Andares	1	1,6	1,6	64,4
Empregada de Limpeza	1	1,6	1,6	66,0
Empregado Andares	1	1,6	1,6	67,6
Empregado de Armazém	1	1,6	1,6	69,2
Formador	1	1,6	1,6	70,8
Funcionário Público	1	1,6	1,6	72,4
Limpezas	1	1,6	1,6	74,0
Limpezas/Obras	1	1,6	1,6	75,6
Logística	2	3,2	3,2	78,8
Manutenção espaços públicos	1	1,6	1,6	80,4
Mecânico Auto	1	1,6	1,6	82,0
Op. armazenagem	2	3,2	3,2	85,2
Op. Armazenagem	1	1,6	1,6	86,8
Operadora de Telemark	1	1,6	1,6	88,4
Programador	1	1,6	1,6	90,0
Recep. de Hotel	1	1,6	1,6	91,6
Repositor	1	1,6	1,6	93,2
Serviço Externo	1	1,6	1,6	94,8
Serviços domésticos	1	1,6	1,6	96,4
Téc. Inf. Doc e Com.	1	1,6	1,6	98,0
Técnico Psicossocial	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

### 16. Data da última experiência profissional

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	23	37,1	37,1	37,1
Nos últimos 6 meses	8	12,9	12,9	50,0

Nos últimos 12 meses	6	9,7	9,7	59,7
Há mais de 12 meses	25	40,3	40,3	100,0
Total	62	100,0	100,0	

### 17.Tipo de Empresa

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Pública	4	6,5	12,9	12,9
	Privada	25	40,3	80,6	93,5
	Outra	2	3,2	6,5	100,0
	Total	31	50,0	100,0	
Omisso	Sistema	31	50,0		
Total		62	100,0		

### 18.Dimensão da empresa

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Micro (1-9 efectivos)	13	21,0	41,9	41,9
	Pequena (10-49 efectivos)	6	9,7	19,4	61,3
	Média (50-249 efectivos)	4	6,5	12,9	74,2
	Grande (>249 efectivos)	8	12,9	25,8	100,0
	Total	31	50,0	100,0	
Omisso	Sistema	31	50,0		
Total		62	100,0		

### 19.Regime de trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Tempo inteiro (mais de 35 horas por semana)	10	16,1	32,3	32,3
	Tempo parcial (inferior ou igual a 20 horas por semana)	9	14,5	29,0	61,3
	Outro	12	19,4	38,7	100,0
	Total	31	50,0	100,0	
Omisso	Sistema	31	50,0		
Total		62	100,0		

Outro equivale a 30h/semanais

## Estatística Inferencial

Tabela 1 – Resultados das medidas de integração comunitária e escala de sintomas nos dois grupos  
t de Student

	Grupos	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
10.Frequenta ou frequentou os serviços e actividades desta Organização durante quanto tempo aproximadamente	Integrados Profissionalmente	31	3,16	1,573	,282
	Não Integrados Profissionalmente	31	2,68	1,400	,251

### Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias				
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença
10.Frequenta ou frequentou os serviços e actividades desta Organização durante quanto tempo aproximadamente	Variâncias iguais assumidas	1,297	,259	1,280	60	,206	,484	,378
	Variâncias iguais não assumidas			1,280	59,204	,206	,484	,378

### Group Statistics

Grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
--------	---	------	----------------	-----------------

TUCP_Q1	Integrados	31	3.8573	2.38172	.42777
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	3.3263	1.36188	.24460
	Profissionalmente				
TUCP_Q2	Integrados	31	1.5434	1.37381	.24674
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	1.3995	.23723	.04261
	Profissionalmente				
TUCP_Q3	Integrados	31	.8065	1.42566	.25606
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	.5993	.23600	.04239
	Profissionalmente				
CIQ_R	Integrados	31	2.2258	.54696	.09824
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	2.0430	.56922	.10224
	Profissionalmente				
CSI	Integrados	31	1.9032	.82221	.14767
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	2.0709	.59788	.10738
	Profissionalmente				
SCI_2	Integrados	31	3.6304	1.42004	.25505
	Profissionalmente				
	Não Integrados	31	3.6379	1.36916	.24591
	Profissionalmente				

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
--	---	------------------------------

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TUCP_Q1	Equal variances assumed	2.162	.147	1.078	60	.286	.53102	.49276	-.45466	1.51669
	Equal variances not assumed			1.078	47.723	.287	.53102	.49276	-.45990	1.52194
TUCP_Q2	Equal variances assumed	1.772	.188	.575	60	.568	.14392	.25040	-.35694	.64479
	Equal variances not assumed			.575	31.788	.569	.14392	.25040	-.36625	.65409
TUCP_Q3	Equal variances assumed	1.623	.208	.798	60	.428	.20720	.25954	-.31196	.72635
	Equal variances not assumed			.798	31.643	.431	.20720	.25954	-.32170	.73610
CIQ_R	Equal variances assumed	.010	.920	1.289	60	.202	.18280	.14178	-.10081	.46640
	Equal variances not assumed			1.289	59.905	.202	.18280	.14178	-.10082	.46641
<b>22.Número total de em emprego/estági</b>										
CSI	Equal variances assumed	1.073	.304	-.918	60	.362	-.16767	.18259	-.53290	.19756
	Equal variances not assumed			-.918	54.794	.362	-.16767	.18259	-.53362	.19828
SCI_2	Equal variances assumed	.014	.906	-.021	60	.983	-.00754	.35429	-.71622	.70114

Group Statistics

Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean					
TUCP_Q1	Integrados	31	3.8573	2.38172	.42777					
	Profissionalmente									
TUCP_Q1	Não Integrados	31	3.3263	1.36188	.24460					
	Profissionalmente									
TUCP_Q2	Integrados	31	1.5434	1.37381	.24674					
	Profissionalmente									
TUCP_Q2	Não Integrados	31	1.3995	.23723	.04261					
	Profissionalmente									
TUCP_Q3	Integrados	31	.8065	1.42566	.25606					
	Profissionalmente									
TUCP_Q3	Não Integrados	31	.5993	.23600	.04239					
	Profissionalmente									
CIQ_R	Integrados	31	2.2258	.54696	.09824					
	Profissionalmente									
CIQ_R	Não Integrados	31	2.0430	.56922	.10224					
	Profissionalmente									
CSI	Integrados	31	1.9032	.82221	.14767					
	Profissionalmente									
CSI	Não Integrados	31	2.0709	.59788	.10738					
	Profissionalmente									
SCI_2	Integrados	31	3.6304	1.42004	.25505					
	Profissionalmente									
Equal variances not assumed				-.021	59.920	.983	-.00754	.35429	-.71624	.70116

Tabela 2 – Teste t de Student para o número total de anos em emprego/estágio dos participantes.

Tabela 3 – Teste *t* de Student para o tempo decorrido desde a última experiência profissional.

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
<b>16.Data da última experiência profissional</b>	Equal variances assumed	.694	.408	-19.053	60	.000	-2.484	.130	-2.745	-2.223
	Equal variances not assumed			-19.053	59.776	.000	-2.484	.130	-2.745	-2.223

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TUCP_Q1	Between Groups	2.680	1	2.680	.707	.404
	Within Groups	227.510	60	3.792		
	Total	230.190	61			
TUCP_Q2	Between Groups	.518	1	.518	.534	.468
	Within Groups	58.112	60	.969		
	Total	58.630	61			
TUCP_Q3	Between Groups	.882	1	.882	.848	.361
	Within Groups	62.429	60	1.040		
	Total	63.311	61			
CIQ_R	Between Groups	.544	1	.544	1.748	.191
	Within Groups	18.669	60	.311		
	Total	19.213	61			

CSI	Between Groups	2.236	1	2.236	4.594	.036
	Within Groups	29.205	60	.487		
	Total	31.441	61			
SCI_2	Between Groups	2.646	1	2.646	1.391	.243
	Within Groups	114.089	60	1.901		
	Total	116.735	61			

Tabela 4 – Teste ANOVA

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TUCP_Q1	Between Groups	.305	3	.102	.026	.994
	Within Groups	229.885	58	3.964		
	Total	230.190	61			
TUCP_Q2	Between Groups	1.038	3	.346	.349	.790
	Within Groups	57.592	58	.993		
	Total	58.630	61			
TUCP_Q3	Between Groups	.805	3	.268	.249	.862
	Within Groups	62.506	58	1.078		
	Total	63.311	61			
CIQ_R	Between Groups	2.234	3	.745	2.543	.065
	Within Groups	16.979	58	.293		
	Total	19.213	61			
CSI	Between Groups	4.616	3	1.539	3.327	.026
	Within Groups	26.825	58	.462		
	Total	31.441	61			
SCI_2	Between Groups	8.708	3	2.903	1.559	.209
	Within Groups	108.026	58	1.863		

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TUCP_Q1	Between Groups	.305	3	.102	.026	.994
	Within Groups	229.885	58	3.964		
	Total	230.190	61			
TUCP_Q2	Between Groups	1.038	3	.346	.349	.790
	Within Groups	57.592	58	.993		
	Total	58.630	61			
TUCP_Q3	Between Groups	.805	3	.268	.249	.862
	Within Groups	62.506	58	1.078		
	Total	63.311	61			
CIQ_R	Between Groups	2.234	3	.745	2.543	.065
	Within Groups	16.979	58	.293		
	Total	19.213	61			
CSI	Between Groups	4.616	3	1.539	3.327	.026
	Within Groups	26.825	58	.462		
	Total	31.441	61			
SCI_2	Between Groups	8.708	3	2.903	1.559	.209
	Within Groups	108.026	58	1.863		
	Total	116.735	61			

Tabela 5 – Resultados da correlação entre o tipo de diagnóstico e as medidas de integração e escala de sintomas.

**Multiple Comparisons**

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) 4.Tipo de Diagnóstico Psiquiátrico	(J) 4.Tipo de Diagnóstico Psiquiátrico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound

MEAN_TUCP_Q1	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	.15186	1.06186	.999	-2.6569	2.9606
		Desordem Depressiva	-.09173	.89290	1.000	-2.4535	2.2701
		Outro	.10754	.55588	.997	-1.3628	1.5779
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-.15186	1.06186	.999	-2.9606	2.6569
		Desordem Depressiva	-.24359	1.28510	.998	-3.6428	3.1556
		Outro	-.04431	1.07852	1.000	-2.8971	2.8085
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	.09173	.89290	1.000	-2.2701	2.4535
		Desordem Bipolar	.24359	1.28510	.998	-3.1556	3.6428
		Outro	.19928	.91264	.996	-2.2148	2.6133
Outro	Esquizofrenia	-.10754	.55588	.997	-1.5779	1.3628	
	Desordem Bipolar	.04431	1.07852	1.000	-2.8085	2.8971	
	Desordem Depressiva	-.19928	.91264	.996	-2.6133	2.2148	
MEAN_TUCP_Q2	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	-.01890	.53149	1.000	-1.4247	1.3869
		Desordem Depressiva	.20866	.44692	.966	-.9735	1.3908
		Outro	-.20661	.27823	.879	-.9426	.5293
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	.01890	.53149	1.000	-1.3869	1.4247
		Desordem Depressiva	.22756	.64322	.985	-1.4738	1.9290
		Outro	-.18771	.53983	.985	-1.6156	1.2402
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	-.20866	.44692	.966	-1.3908	.9735
		Desordem Bipolar	-.22756	.64322	.985	-1.9290	1.4738
		Outro	-.41527	.45680	.800	-1.6236	.7930
Outro	Esquizofrenia	.20661	.27823	.879	-.5293	.9426	
	Desordem Bipolar	.18771	.53983	.985	-1.2402	1.6156	
	Desordem Depressiva	.41527	.45680	.800	-.7930	1.6236	
MEAN_TUCP_Q3	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	-.10245	.55370	.998	-1.5671	1.3621
		Desordem Depressiva	.15075	.46559	.988	-1.0808	1.3823
		Outro	-.19652	.28986	.905	-.9632	.5702

	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	.10245	.55370	.998	-1.3621	1.5671
		Desordem Depressiva	.25321	.67010	.981	-1.5193	2.0257
		Outro	-.09406	.56239	.998	-1.5816	1.3935
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	-.15075	.46559	.988	-1.3823	1.0808
		Desordem Bipolar	-.25321	.67010	.981	-2.0257	1.5193
		Outro	-.34727	.47589	.885	-1.6060	.9115
	Outro	Esquizofrenia	.19652	.28986	.905	-.5702	.9632
		Desordem Bipolar	.09406	.56239	.998	-1.3935	1.5816
		Desordem Depressiva	.34727	.47589	.885	-.9115	1.6060
MEAN_CIQ_R	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	.06034	.28859	.997	-.7030	.8237
		Desordem Depressiva	.19923	.24266	.844	-.4426	.8411
		Outro	.41179	.15107	.041	.0122	.8114
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-.06034	.28859	.997	-.8237	.7030
		Desordem Depressiva	.13889	.34925	.978	-.7849	1.0627
		Outro	.35145	.29311	.630	-.4239	1.1268
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	-.19923	.24266	.844	-.8411	.4426
		Desordem Bipolar	-.13889	.34925	.978	-1.0627	.7849
		Outro	.21256	.24803	.827	-.4435	.8686
	Outro	Esquizofrenia	-.41179	.15107	.041	-.8114	-.0122
		Desordem Bipolar	-.35145	.29311	.630	-1.1268	.4239
		Desordem Depressiva	-.21256	.24803	.827	-.8686	.4435
MEAN_CSI	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	.12131	.36273	.987	-.8382	1.0808
		Desordem Depressiva	-.47989	.30501	.402	-1.2867	.3269
		Outro	.41783	.18989	.135	-.0844	.9201
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-.12131	.36273	.987	-1.0808	.8382
		Desordem Depressiva	-.60119	.43898	.523	-1.7623	.5600
		Outro	.29652	.36842	.852	-.6780	1.2710
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	.47989	.30501	.402	-.3269	1.2867

		Desordem Bipolar	.60119	.43898	.523	-.5600	1.7623
		Outro	.89771*	.31175	.028	.0731	1.7223
	Outro	Esquizofrenia	-.41783	.18989	.135	-.9201	.0844
		Desordem Bipolar	-.29652	.36842	.852	-1.2710	.6780
		Desordem Depressiva	-.89771*	.31175	.028	-1.7223	-.0731
MEAN_SCI_2	Esquizofrenia	Desordem Bipolar	.11422	.72791	.999	-1.8112	2.0396
		Desordem Depressiva	1.30867	.61208	.153	-.3104	2.9277
		Outro	.31511	.38106	.841	-.6928	1.3231
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-.11422	.72791	.999	-2.0396	1.8112
		Desordem Depressiva	1.19444	.88094	.532	-1.1357	3.5246
		Outro	.20089	.73933	.993	-1.7547	2.1565
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	-1.30867	.61208	.153	-2.9277	.3104
		Desordem Bipolar	-1.19444	.88094	.532	-3.5246	1.1357
		Outro	-.99355	.62562	.393	-2.6484	.6613
	Outro	Esquizofrenia	-.31511	.38106	.841	-1.3231	.6928
		Desordem Bipolar	-.20089	.73933	.993	-2.1565	1.7547
		Desordem Depressiva	.99355	.62562	.393	-.6613	2.6484
		Desordem Depressiva	-18.638	7.786	.090	-39.23	1.96
		Outro	-3.921	4.847	.850	-16.74	8.90
	Desordem Bipolar	Esquizofrenia	-9.612	9.259	.728	-34.10	14.88
		Desordem Depressiva	-28.250	11.206	.067	-57.89	1.39
		Outro	-13.533	9.405	.481	-38.41	11.34
	Desordem Depressiva	Esquizofrenia	18.638	7.786	.090	-1.96	39.23
		Desordem Bipolar	28.250	11.206	.067	-1.39	57.89
		Outro	14.717	7.958	.261	-6.33	35.77
	Outro	Esquizofrenia	3.921	4.847	.850	-8.90	16.74
		Desordem Bipolar	13.533	9.405	.481	-11.34	38.41

	Desordem Depressiva	-14.717	7.958	.261	-35.77	6.33
--	---------------------	---------	-------	------	--------	------

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MEAN_TUCP_Q1	Esquizofrenia	29	3.6326	1.44399	.26814	3.0834	4.1819	1.50	8.54
	Desordem Bipolar	4	3.4808	.67973	.33986	2.3992	4.5624	2.88	4.38
	Desordem Depressiva	6	3.7244	2.97260	1.21356	.6048	6.8439	1.69	9.73
	Outro	23	3.5251	2.39254	.49888	2.4905	4.5597	1.12	11.92
	Total	62	3.5918	1.94258	.24671	3.0985	4.0851	1.12	11.92
MEAN_TUCP_Q2	Esquizofrenia	29	1.4138	.20421	.03792	1.3361	1.4915	1.04	1.85
	Desordem Bipolar	4	1.4327	.25777	.12888	1.0225	1.8429	1.23	1.81
	Desordem Depressiva	6	1.2051	.18472	.07541	1.0113	1.3990	1.00	1.42
	Outro	23	1.6204	1.59622	.33283	.9301	2.3107	.92	8.85
	Total	62	1.4715	.98038	.12451	1.2225	1.7204	.92	8.85
MEAN_TUCP_Q3	Esquizofrenia	29	.6379	.21229	.03942	.5572	.7187	.23	1.04
	Desordem Bipolar	4	.7404	.17590	.08795	.4605	1.0203	.50	.92
	Desordem Depressiva	6	.4872	.24040	.09814	.2349	.7395	.23	.77
	Outro	23	.8344	1.66327	.34682	.1152	1.5537	.15	8.38
	Total	62	.7029	1.01877	.12938	.4441	.9616	.15	8.38
MEAN_CIQ_R	Esquizofrenia	29	2.3103	.47918	.08898	2.1281	2.4926	1.33	3.00
	Desordem Bipolar	4	2.2500	.68718	.34359	1.1565	3.3435	1.67	3.00
	Desordem Depressiva	6	2.1111	.72008	.29397	1.3554	2.8668	1.33	3.00
	Outro	23	1.8986	.54527	.11370	1.6628	2.1343	1.00	3.00
	Total	62	2.1344	.56122	.07128	1.9919	2.2769	1.00	3.00
MEAN_CSI	Esquizofrenia	29	2.1034	.69896	.12979	1.8376	2.3693	1.00	4.21

Tabela 6 – Resultados

	Desordem Bipolar	4	1.9821	.61825	.30912	.9984	2.9659	1.29	2.57
	Desordem Depressiva	6	2.5833	.99838	.40759	1.5356	3.6311	1.21	3.86
	Outro	23	1.6856	.56467	.11774	1.4414	1.9298	1.00	3.00
	Total	62	1.9871	.71793	.09118	1.8047	2.1694	1.00	4.21
MEAN_SCI_2	Esquizofrenia	29	3.8851	1.14362	.21237	3.4500	4.3201	1.00	5.50
	Desordem Bipolar	4	3.7708	1.65779	.82889	1.1329	6.4087	2.25	5.63
	Desordem Depressiva	6	2.5764	1.25067	.51058	1.2639	3.8889	1.00	4.08
	Outro	23	3.5699	1.58602	.33071	2.8841	4.2558	1.00	7.83
	Total	62	3.6341	1.38336	.17569	3.2828	3.9855	1.00	7.83

da correlação entre a situação habitacional e as medidas de integração e escala de sintomas.

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MEAN_TUCP_Q1	Individualmente	10	4.0808	3.08511	.97560	1.8738	6.2877	1.54	11.92
	Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	3.7538	2.27973	1.01953	.9232	6.5845	1.35	7.12
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	3.4709	1.72964	.28435	2.8942	4.0476	1.19	9.73
	Residência de Grupo	9	3.3504	1.20195	.40065	2.4265	4.2743	1.12	5.46
	Com outros sem parentesco	1	4.5385	.	.	.	.	4.54	4.54
	Total	62	3.5918	1.94258	.24671	3.0985	4.0851	1.12	11.92
MEAN_TUCP_Q2	Individualmente	10	2.1077	2.38136	.75305	.4042	3.8112	1.00	8.85
	Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	1.1846	.15480	.06923	.9924	1.3768	1.00	1.35
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	1.3617	.25310	.04161	1.2774	1.4461	.92	1.81

	Residência de Grupo	9	1.3675	.15156	.05052	1.2510	1.4840	1.19	1.62
	Com outros sem parentesco	1	1.5385	.	.	.	.	1.54	1.54
	Total	62	1.4715	.98038	.12451	1.2225	1.7204	.92	8.85
MEAN_TUCP_Q3	Individualmente	10	1.3038	2.49829	.79003	-.4833	3.0910	.15	8.38
	Esposo(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	.4231	.13043	.05833	.2611	.5850	.23	.58
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	.5686	.22702	.03732	.4929	.6443	.23	.92
	Residência de Grupo	9	.7479	.25593	.08531	.5511	.9446	.31	1.04
	Com outros sem parentesco	1	.6538	.	.	.	.	.65	.65
	Total	62	.7029	1.01877	.12938	.4441	.9616	.15	8.38
MEAN_CIQ_R	Individualmente	10	2.3667	.61764	.19532	1.9248	2.8085	1.00	3.00
	Esposo(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	2.0000	.52705	.23570	1.3456	2.6544	1.33	2.67
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	2.0631	.54906	.09027	1.8800	2.2461	1.00	3.00
	Residência de Grupo	9	2.1481	.52997	.17666	1.7408	2.5555	1.67	3.00
	Com outros sem parentesco	1	3.0000	.	.	.	.	3.00	3.00
	Total	62	2.1344	.56122	.07128	1.9919	2.2769	1.00	3.00
MEAN_CSI	Individualmente	10	1.9429	.61795	.19541	1.5008	2.3849	1.00	2.93
	Esposo(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	1.3857	.22924	.10252	1.1011	1.6704	1.14	1.71
	Outros familiares (Pais, irmão)	37	1.9629	.73294	.12049	1.7185	2.2072	1.00	3.86
	Residência de Grupo	9	2.2222	.37871	.12624	1.9311	2.5133	1.71	2.64
	Com outros sem parentesco	1	4.2143	.	.	.	.	4.21	4.21
	Total	62	1.9871	.71793	.09118	1.8047	2.1694	1.00	4.21
MEAN_SCI_2	Individualmente	10	3.8167	2.01664	.63772	2.3741	5.2593	1.00	7.83

Espos(a), Parceiro(a) ou Filhos	5	3.4833	1.50537	.67322	1.6142	5.3525	1.54	5.46
Outros familiares (Pais, irmão)	37	3.5491	1.30131	.21393	3.1152	3.9830	1.00	5.63
Residência de Grupo Com outros sem parentesco	9	3.8009	1.04951	.34984	2.9942	4.6076	1.79	4.79
	1	4.2083	.	.	.	.	4.21	4.21
Total	62	3.6341	1.38336	.17569	3.2828	3.9855	1.00	7.83

Tabela 7 – Resultados da correlação entre as habilitações literárias e as medidas de integração e escala de sintomas.

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MEAN_TUCP_Q1	1º Ciclo	4	5.0192	4.63144	2.31572	-2.3504	12.3889	2.00	11.92
	2º Ciclo	7	3.3516	1.00232	.37884	2.4247	4.2786	2.08	4.54
	3º Ciclo	14	2.7143	1.19366	.31902	2.0251	3.4035	1.12	5.77
	Ensino Secundário	22	3.6538	1.87868	.40054	2.8209	4.4868	1.19	9.73
	Licenciatura	15	4.0513	1.78455	.46077	3.0630	5.0395	1.50	8.54
	Total	62	3.5918	1.94258	.24671	3.0985	4.0851	1.12	11.92
MEAN_TUCP_Q2	1º Ciclo	4	3.2404	3.73802	1.86901	-2.7076	9.1884	1.27	8.85
	2º Ciclo	7	1.4176	.20882	.07892	1.2245	1.6107	1.08	1.69
	3º Ciclo	14	1.2198	.23392	.06252	1.0847	1.3548	.92	1.73
	Ensino Secundário	22	1.3462	.24784	.05284	1.2363	1.4560	1.00	1.85
	Licenciatura	15	1.4436	.21848	.05641	1.3226	1.5646	1.08	1.81
	Total	62	1.4715	.98038	.12451	1.2225	1.7204	.92	8.85
MEAN_TUCP_Q3	1º Ciclo	4	2.5288	3.90738	1.95369	-3.6887	8.7464	.42	8.38
	2º Ciclo	7	.6319	.17323	.06547	.4717	.7921	.42	.85

	3º Ciclo	14	.4588	.19696	.05264	.3451	.5725	.23	.92
	Ensino Secundário	22	.5769	.26805	.05715	.4581	.6958	.15	1.04
	Licenciatura	15	.6615	.22902	.05913	.5347	.7884	.23	1.00
	Total	62	.7029	1.01877	.12938	.4441	.9616	.15	8.38
MEAN_CIQ_R	1º Ciclo	4	2.6667	.27217	.13608	2.2336	3.0997	2.33	3.00
	2º Ciclo	7	2.4762	.32530	.12295	2.1753	2.7770	2.00	3.00
	3º Ciclo	14	2.0714	.54190	.14483	1.7585	2.3843	1.33	3.00
	Ensino Secundário	22	2.0909	.61016	.13009	1.8204	2.3614	1.00	3.00
	Licenciatura	15	1.9556	.54724	.14130	1.6525	2.2586	1.33	3.00
	Total	62	2.1344	.56122	.07128	1.9919	2.2769	1.00	3.00
MEAN_CSI	1º Ciclo	4	1.9286	.57735	.28868	1.0099	2.8473	1.14	2.43
	2º Ciclo	7	2.6429	.77919	.29451	1.9222	3.3635	2.00	4.21
	3º Ciclo	14	1.7347	.80736	.21578	1.2685	2.2008	1.00	3.86
	Ensino Secundário	22	1.9505	.60727	.12947	1.6813	2.2198	1.00	3.64
	Licenciatura	15	1.9857	.68841	.17775	1.6045	2.3669	1.07	3.00
	Total	62	1.9871	.71793	.09118	1.8047	2.1694	1.00	4.21
MEAN_SCI_2	1º Ciclo	4	4.8438	2.12850	1.06425	1.4568	8.2307	2.79	7.83
	2º Ciclo	7	4.2440	.99082	.37450	3.3277	5.1604	2.25	5.33
	3º Ciclo	14	3.2381	1.45015	.38757	2.4008	4.0754	1.25	5.00
	Ensino Secundário	22	3.3345	1.28636	.27425	2.7641	3.9048	1.00	5.21
	Licenciatura	15	3.8361	1.25143	.32312	3.1431	4.5291	1.00	5.63
	Total	62	3.6341	1.38336	.17569	3.2828	3.9855	1.00	7.83

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MEAN_TUCP_Q1	Between Groups	22.586	4	5.646	1.550	.200
	Within Groups	207.604	57	3.642		

	Total	230.190	61			
MEAN_TUCP_Q2	Between Groups	13.781	4	3.445	4.379	.004
	Within Groups	44.849	57	.787		
	Total	58.630	61			
MEAN_TUCP_Q3	Between Groups	14.581	4	3.645	4.264	.004
	Within Groups	48.730	57	.855		
	Total	63.311	61			
MEAN_CIQ_R	Between Groups	2.528	4	.632	2.159	.085
	Within Groups	16.685	57	.293		
	Total	19.213	61			
MEAN_CSI	Between Groups	3.945	4	.986	2.045	.100
	Within Groups	27.496	57	.482		
	Total	31.441	61			
MEAN_SCI_2	Between Groups	13.240	4	3.310	1.823	.137
	Within Groups	103.495	57	1.816		
	Total	116.735	61			

Tabela 8 – Post Hoc Tests

**Multiple Comparisons**

Scheffe

Dependent Variable	(I) 13.Habilitações Literárias	(J) 13.Habilitações Literárias	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MEAN_TUCP_Q1	1º Ciclo	2º Ciclo	1.66758	1.19618	.746	-2.1404	5.4756
		3º Ciclo	2.30495	1.08199	.349	-1.1395	5.7494
		Ensino Secundário	1.36538	1.03735	.784	-1.9370	4.6677
		Licenciatura	.96795	1.07395	.936	-2.4509	4.3868
	2º Ciclo	1º Ciclo	-1.66758	1.19618	.746	-5.4756	2.1404

		3º Ciclo	.63736	.88344	.971	-2.1750	3.4497
		Ensino Secundário	-.30220	.82817	.998	-2.9386	2.3342
		Licenciatura	-.69963	.87357	.957	-3.4806	2.0813
	3º Ciclo	1º Ciclo	-2.30495	1.08199	.349	-5.7494	1.1395
		2º Ciclo	-.63736	.88344	.971	-3.4497	2.1750
		Ensino Secundário	-.93956	.65246	.722	-3.0166	1.1375
		Licenciatura	-1.33700	.70920	.477	-3.5947	.9207
	Ensino Secundário	1º Ciclo	-1.36538	1.03735	.784	-4.6677	1.9370
		2º Ciclo	.30220	.82817	.998	-2.3342	2.9386
		3º Ciclo	.93956	.65246	.722	-1.1375	3.0166
		Licenciatura	-.39744	.63904	.983	-2.4318	1.6369
	Licenciatura	1º Ciclo	-.96795	1.07395	.936	-4.3868	2.4509
		2º Ciclo	.69963	.87357	.957	-2.0813	3.4806
		3º Ciclo	1.33700	.70920	.477	-.9207	3.5947
		Ensino Secundário	.39744	.63904	.983	-1.6369	2.4318
MEAN_TUCP_Q2	1º Ciclo	2º Ciclo	1.82280*	.55598	.040	.0529	3.5927
		3º Ciclo	2.02060*	.50290	.006	.4196	3.6216
		Ensino Secundário	1.89423*	.48215	.008	.3593	3.4291
		Licenciatura	1.79679*	.49916	.018	.2077	3.3859
	2º Ciclo	1º Ciclo	-1.82280*	.55598	.040	-3.5927	-.0529
		3º Ciclo	.19780	.41062	.994	-1.1094	1.5050
		Ensino Secundário	.07143	.38493	1.000	-1.1540	1.2968
		Licenciatura	-.02601	.40603	1.000	-1.3186	1.2666
	3º Ciclo	1º Ciclo	-2.02060*	.50290	.006	-3.6216	-.4196
		2º Ciclo	-.19780	.41062	.994	-1.5050	1.1094
		Ensino Secundário	-.12637	.30326	.996	-1.0918	.8390
		Licenciatura	-.22381	.32963	.977	-1.2732	.8256

Ensino Secundário	1º Ciclo	-1.89423*	.48215	.008	-3.4291	-.3593	
	2º Ciclo	-.07143	.38493	1.000	-1.2968	1.1540	
	3º Ciclo	.12637	.30326	.996	-.8390	1.0918	
	Licenciatura	-.09744	.29702	.999	-1.0430	.8481	
Licenciatura	1º Ciclo	-1.79679*	.49916	.018	-3.3859	-.2077	
	2º Ciclo	.02601	.40603	1.000	-1.2666	1.3186	
	3º Ciclo	.22381	.32963	.977	-.8256	1.2732	
	Ensino Secundário	.09744	.29702	.999	-.8481	1.0430	
MEAN_TUCP_Q3	1º Ciclo	2º Ciclo	1.89698*	.57954	.041	.0521	3.7419
		3º Ciclo	2.07005*	.52421	.007	.4013	3.7388
		Ensino Secundário	1.95192*	.50258	.009	.3520	3.5519
		Licenciatura	1.86731*	.52031	.019	.2109	3.5237
	2º Ciclo	1º Ciclo	-1.89698*	.57954	.041	-3.7419	-.0521
		3º Ciclo	.17308	.42802	.997	-1.1895	1.5356
		Ensino Secundário	.05495	.40124	1.000	-1.2224	1.3323
		Licenciatura	-.02967	.42323	1.000	-1.3770	1.3177
	3º Ciclo	1º Ciclo	-2.07005*	.52421	.007	-3.7388	-.4013
		2º Ciclo	-.17308	.42802	.997	-1.5356	1.1895
		Ensino Secundário	-.11813	.31611	.998	-1.1245	.8882
		Licenciatura	-.20275	.34360	.986	-1.2966	.8911
Ensino Secundário	1º Ciclo	-1.95192*	.50258	.009	-3.5519	-.3520	
	2º Ciclo	-.05495	.40124	1.000	-1.3323	1.2224	
	3º Ciclo	.11813	.31611	.998	-.8882	1.1245	
	Licenciatura	-.08462	.30960	.999	-1.0702	.9010	
Licenciatura	1º Ciclo	-1.86731*	.52031	.019	-3.5237	-.2109	
	2º Ciclo	.02967	.42323	1.000	-1.3177	1.3770	
	3º Ciclo	.20275	.34360	.986	-.8911	1.2966	
	Ensino Secundário	.08462	.30960	.999	-.9010	1.0702	

MEAN_CIQ_R	1º Ciclo	2º Ciclo	.19048	.33912	.988	-.8891	1.2700
		3º Ciclo	.59524	.30674	.447	-.3813	1.5717
		Ensino Secundário	.57576	.29409	.437	-.3605	1.5120
		Licenciatura	.71111	.30446	.258	-.2581	1.6803
	2º Ciclo	1º Ciclo	-.19048	.33912	.988	-1.2700	.8891
		3º Ciclo	.40476	.25045	.627	-.3925	1.2021
		Ensino Secundário	.38528	.23478	.613	-.3621	1.1327
		Licenciatura	.52063	.24766	.363	-.2678	1.3090
	3º Ciclo	1º Ciclo	-.59524	.30674	.447	-1.5717	.3813
		2º Ciclo	-.40476	.25045	.627	-1.2021	.3925
		Ensino Secundário	-.01948	.18497	1.000	-.6083	.5694
		Licenciatura	.11587	.20106	.987	-.5242	.7559
	Ensino Secundário	1º Ciclo	-.57576	.29409	.437	-1.5120	.3605
		2º Ciclo	-.38528	.23478	.613	-1.1327	.3621
		3º Ciclo	.01948	.18497	1.000	-.5694	.6083
		Licenciatura	.13535	.18117	.967	-.4414	.7121
Licenciatura	1º Ciclo	-.71111	.30446	.258	-1.6803	.2581	
	2º Ciclo	-.52063	.24766	.363	-1.3090	.2678	
	3º Ciclo	-.11587	.20106	.987	-.7559	.5242	
	Ensino Secundário	-.13535	.18117	.967	-.7121	.4414	
MEAN_CSI	1º Ciclo	2º Ciclo	-.71429	.43532	.613	-2.1001	.6715
		3º Ciclo	.19388	.39376	.993	-1.0597	1.4474
		Ensino Secundário	-.02198	.37752	1.000	-1.2238	1.1798
		Licenciatura	-.05714	.39084	1.000	-1.3014	1.1871
	2º Ciclo	1º Ciclo	.71429	.43532	.613	-.6715	2.1001
		3º Ciclo	.90816	.32151	.108	-.1153	1.9317
		Ensino Secundário	.69231	.30139	.274	-.2672	1.6518
		Licenciatura	.65714	.31792	.381	-.3549	1.6692

	3º Ciclo	1º Ciclo	-.19388	.39376	.993	-1.4474	1.0597
		2º Ciclo	-.90816	.32151	.108	-1.9317	.1153
		Ensino Secundário	-.21586	.23745	.934	-.9718	.5401
		Licenciatura	-.25102	.25810	.917	-1.0727	.5706
	Ensino Secundário	1º Ciclo	.02198	.37752	1.000	-1.1798	1.2238
		2º Ciclo	-.69231	.30139	.274	-1.6518	.2672
		3º Ciclo	.21586	.23745	.934	-.5401	.9718
		Licenciatura	-.03516	.23256	1.000	-.7755	.7052
	Licenciatura	1º Ciclo	.05714	.39084	1.000	-1.1871	1.3014
		2º Ciclo	-.65714	.31792	.381	-1.6692	.3549
		3º Ciclo	.25102	.25810	.917	-.5706	1.0727
		Ensino Secundário	.03516	.23256	1.000	-.7052	.7755
MEAN_SCI_2	1º Ciclo	2º Ciclo	.59970	.84458	.972	-2.0890	3.2884
		3º Ciclo	1.60565	.76395	.363	-.8263	4.0376
		Ensino Secundário	1.50926	.73243	.384	-.8224	3.8409
		Licenciatura	1.00764	.75827	.778	-1.4063	3.4215
	2º Ciclo	1º Ciclo	-.59970	.84458	.972	-3.2884	2.0890
		3º Ciclo	1.00595	.62376	.629	-.9798	2.9917
		Ensino Secundário	.90956	.58474	.661	-.9519	2.7710
		Licenciatura	.40794	.61679	.979	-1.5556	2.3715
	3º Ciclo	1º Ciclo	-1.60565	.76395	.363	-4.0376	.8263
		2º Ciclo	-1.00595	.62376	.629	-2.9917	.9798
		Ensino Secundário	-.09639	.46068	1.000	-1.5629	1.3702
		Licenciatura	-.59802	.50074	.838	-2.1921	.9961
	Ensino Secundário	1º Ciclo	-1.50926	.73243	.384	-3.8409	.8224
		2º Ciclo	-.90956	.58474	.661	-2.7710	.9519
		3º Ciclo	.09639	.46068	1.000	-1.3702	1.5629

	Licenciatura		-.50162	.45120	.871	-1.9380	.9347
Licenciatura	1º Ciclo		-1.00764	.75827	.778	-3.4215	1.4063
	2º Ciclo		-.40794	.61679	.979	-2.3715	1.5556
	3º Ciclo		.59802	.50074	.838	-.9961	2.1921
	Ensino Secundário		.50162	.45120	.871	-.9347	1.9380

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MEAN_TUCP_Q1	Between Groups	14.568	2	7.284	1.993	.145
	Within Groups	215.623	59	3.655		
	Total	230.190	61			
MEAN_TUCP_Q2	Between Groups	1.978	2	.989	1.030	.363
	Within Groups	56.652	59	.960		
	Total	58.630	61			
MEAN_TUCP_Q3	Between Groups	3.078	2	1.539	1.507	.230
	Within Groups	60.233	59	1.021		
	Total	63.311	61			
MEAN_CIQ_R	Between Groups	3.796	2	1.898	7.263	.002
	Within Groups	15.417	59	.261		
	Total	19.213	61			
MEAN_CSI	Between Groups	.322	2	.161	.306	.738
	Within Groups	31.118	59	.527		
	Total	31.441	61			
MEAN_SCI_2	Between Groups	6.116	2	3.058	1.631	.204
	Within Groups	110.618	59	1.875		
	Total	116.735	61			

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	(I) 1.Idade	(J) 1.Idade	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MEAN_TUCP_Q1	18-33	34-49	-1.09126	.54777	.147	-2.4668	.2843
		50-65	-.71383	.69180	.590	-2.4511	1.0234
	34-49	18-33	1.09126	.54777	.147	-.2843	2.4668
		50-65	.37743	.65618	.848	-1.2704	2.0252
	50-65	18-33	.71383	.69180	.590	-1.0234	2.4511
		34-49	-.37743	.65618	.848	-2.0252	1.2704
MEAN_TUCP_Q2	18-33	34-49	-.37843	.28077	.409	-1.0835	.3267
		50-65	-.06410	.35460	.984	-.9546	.8264
	34-49	18-33	.37843	.28077	.409	-.3267	1.0835
		50-65	.31432	.33634	.648	-.5303	1.1590
	50-65	18-33	.06410	.35460	.984	-.8264	.9546
		34-49	-.31432	.33634	.648	-1.1590	.5303
MEAN_TUCP_Q3	18-33	34-49	-.49331	.28951	.242	-1.2203	.2337
		50-65	-.17766	.36564	.889	-1.0958	.7405
	34-49	18-33	.49331	.28951	.242	-.2337	1.2203
		50-65	.31565	.34681	.663	-.5553	1.1866
	50-65	18-33	.17766	.36564	.889	-.7405	1.0958
		34-49	-.31565	.34681	.663	-1.1866	.5553
MEAN_CIQ_R	18-33	34-49	-.48221*	.14647	.007	-.8500	-.1144
		50-65	-.59524*	.18499	.008	-1.0598	-.1307
	34-49	18-33	.48221*	.14647	.007	.1144	.8500
		50-65	-.11303	.17546	.813	-.5537	.3276
	50-65	18-33	.59524*	.18499	.008	.1307	1.0598

		34-49	.11303	.17546	.813	-.3276	.5537
MEAN_CSI	18-33	34-49	-.05685	.20809	.963	-.5794	.4657
		50-65	-.20402	.26281	.741	-.8640	.4560
	34-49	18-33	.05685	.20809	.963	-.4657	.5794
		50-65	-.14717	.24928	.841	-.7732	.4788
	50-65	18-33	.20402	.26281	.741	-.4560	.8640
		34-49	.14717	.24928	.841	-.4788	.7732
MEAN_SCI_2	18-33	34-49	-.69125	.39234	.220	-1.6765	.2940
		50-65	-.22597	.49550	.901	-1.4703	1.0183
	34-49	18-33	.69125	.39234	.220	-.2940	1.6765
		50-65	.46528	.46999	.615	-.7150	1.6455
	50-65	18-33	.22597	.49550	.901	-1.0183	1.4703
		34-49	-.46528	.46999	.615	-1.6455	.7150

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MEAN_TUCP_Q1	Between Groups	22,586	4	5,646	1,550	,200
	Within Groups	207,604	57	3,642		
	Total	230,190	61			
MEAN_TUCP_Q2	Between Groups	13,781	4	3,445	4,379	
	Within Groups	44,849	57	,787		
	Total	58,630	61			
MEAN_TUCP_Q3	Between Groups	14,581	4	3,645	4,264	,004
	Within Groups	48,730	57	,855		
	Total	63,311	61			
MEAN_CIQ_R	Between Groups	2,528	4	,632	2,159	,085
	Within Groups	16,685	57	,293		

	Total	19,213	61			
MEAN_CSI	Between Groups	3,945	4	,986	2,045	,100
	Within Groups	27,496	57	,482		
	Total	31,441	61			
MEAN_SCI_2	Between Groups	13,240	4	3,310	1,823	,137
	Within Groups	103,495	57	1,816		
	Total	116,735	61			

### Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) 13.Habilitações Literárias	(J) 13.Habilitações Literárias	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MEAN_TUCP_Q1	1º Ciclo	2º Ciclo	1,66758	1,19618	,169	-,7277	4,0629
		3º Ciclo	2,30495*	1,08199	,037	,1383	4,4716
		Ensino Secundário	1,36538	1,03735	,193	-,7119	3,4426
		Licenciatura	,96795	1,07395	,371	-1,1826	3,1185
	2º Ciclo	1º Ciclo	-1,66758	1,19618	,169	-4,0629	,7277
		3º Ciclo	,63736	,88344	,474	-1,1317	2,4064
		Ensino Secundário	-,30220	,82817	,717	-1,9606	1,3562
		Licenciatura	-,69963	,87357	,427	-2,4489	1,0497
	3º Ciclo	1º Ciclo	-2,30495*	1,08199	,037	-4,4716	-,1383
		2º Ciclo	-,63736	,88344	,474	-2,4064	1,1317
		Ensino Secundário	-,93956	,65246	,155	-2,2461	,3670
		Licenciatura	-1,33700	,70920	,065	-2,7571	,0832
Ensino Secundário	1º Ciclo	-1,36538	1,03735	,193	-3,4426	,7119	
	2º Ciclo	,30220	,82817	,717	-1,3562	1,9606	
	3º Ciclo	,93956	,65246	,155	-,3670	2,2461	

		Licenciatura	- ,39744	,63904	,536	-1,6771	,8822
		1º Ciclo	- ,96795	1,07395	,371	-3,1185	1,1826
	Licenciatura	2º Ciclo	,69963	,87357	,427	-1,0497	2,4489
		3º Ciclo	1,33700	,70920	,065	-,0832	2,7571
		Ensino Secundário	,39744	,63904	,536	-,8822	1,6771
		2º Ciclo	1,82280*	,55598	,002	,7095	2,9361
	1º Ciclo	3º Ciclo	2,02060*	,50290	,000	1,0136	3,0276
		Ensino Secundário	1,89423*	,48215	,000	,9287	2,8597
		Licenciatura	1,79679*	,49916	,001	,7972	2,7964
		1º Ciclo	-1,82280*	,55598	,002	-2,9361	-,7095
	2º Ciclo	3º Ciclo	,19780	,41062	,632	-,6244	1,0200
		Ensino Secundário	,07143	,38493	,853	-,6994	,8422
		Licenciatura	-,02601	,40603	,949	-,8391	,7871
		1º Ciclo	-2,02060*	,50290	,000	-3,0276	-1,0136
	3º Ciclo	2º Ciclo	-,19780	,41062	,632	-1,0200	,6244
		Ensino Secundário	-,12637	,30326	,678	-,7336	,4809
		Licenciatura	-,22381	,32963	,500	-,8839	,4363
		1º Ciclo	-1,89423*	,48215	,000	-2,8597	-,9287
	Ensino Secundário	2º Ciclo	-,07143	,38493	,853	-,8422	,6994
		3º Ciclo	,12637	,30326	,678	-,4809	,7336
		Licenciatura	-,09744	,29702	,744	-,6922	,4973
		1º Ciclo	-1,79679*	,49916	,001	-2,7964	-,7972
	Licenciatura	2º Ciclo	,02601	,40603	,949	-,7871	,8391
		3º Ciclo	,22381	,32963	,500	-,4363	,8839
		Ensino Secundário	,09744	,29702	,744	-,4973	,6922
		2º Ciclo	1,89698*	,57954	,002	,7365	3,0575
	1º Ciclo	3º Ciclo	2,07005*	,52421	,000	1,0203	3,1198
		Ensino Secundário	1,95192*	,50258	,000	,9455	2,9583
		Licenciatura	1,86731*	,52031	,001	,8254	2,9092

		1º Ciclo	-1,89698*	,57954	,002	-3,0575	-,7365
	2º Ciclo	3º Ciclo	,17308	,42802	,687	-,6840	1,0302
		Ensino Secundário	,05495	,40124	,892	-,7485	,8584
		Licenciatura	-,02967	,42323	,944	-,8772	,8178
		1º Ciclo	-2,07005*	,52421	,000	-3,1198	-1,0203
	3º Ciclo	2º Ciclo	-,17308	,42802	,687	-1,0302	,6840
		Ensino Secundário	-,11813	,31611	,710	-,7511	,5149
		Licenciatura	-,20275	,34360	,557	-,8908	,4853
		1º Ciclo	-1,95192*	,50258	,000	-2,9583	-,9455
	Ensino Secundário	2º Ciclo	-,05495	,40124	,892	-,8584	,7485
		3º Ciclo	,11813	,31611	,710	-,5149	,7511
		Licenciatura	-,08462	,30960	,786	-,7046	,5354
		1º Ciclo	-1,86731*	,52031	,001	-2,9092	-,8254
	Licenciatura	2º Ciclo	,02967	,42323	,944	-,8178	,8772
		3º Ciclo	,20275	,34360	,557	-,4853	,8908
		Ensino Secundário	,08462	,30960	,786	-,5354	,7046
		2º Ciclo	,19048	,33912	,577	-,4886	,8695
	1º Ciclo	3º Ciclo	,59524	,30674	,057	-,0190	1,2095
		Ensino Secundário	,57576	,29409	,055	-,0131	1,1647
		Licenciatura	,71111*	,30446	,023	,1014	1,3208
		1º Ciclo	-,19048	,33912	,577	-,8695	,4886
	2º Ciclo	3º Ciclo	,40476	,25045	,112	-,0968	,9063
		Ensino Secundário	,38528	,23478	,106	-,0849	,8554
MEAN_CIQ_R		Licenciatura	,52063*	,24766	,040	,0247	1,0166
		1º Ciclo	-,59524	,30674	,057	-1,2095	,0190
	3º Ciclo	2º Ciclo	-,40476	,25045	,112	-,9063	,0968
		Ensino Secundário	-,01948	,18497	,916	-,3899	,3509
		Licenciatura	,11587	,20106	,567	-,2867	,5185
	Ensino Secundário	1º Ciclo	-,57576	,29409	,055	-1,1647	,0131
		2º Ciclo	-,38528	,23478	,106	-,8554	,0849

		3º Ciclo	,01948	,18497	,916	-,3509	,3899
		Licenciatura	,13535	,18117	,458	-,2274	,4981
		1º Ciclo	-,71111*	,30446	,023	-1,3208	-,1014
		2º Ciclo	-,52063*	,24766	,040	-1,0166	-,0247
	Licenciatura	3º Ciclo	-,11587	,20106	,567	-,5185	,2867
		Ensino Secundário	-,13535	,18117	,458	-,4981	,2274
		2º Ciclo	-,71429	,43532	,106	-1,5860	,1574
		3º Ciclo	,19388	,39376	,624	-,5946	,9824
	1º Ciclo	Ensino Secundário	-,02198	,37752	,954	-,7779	,7340
		Licenciatura	-,05714	,39084	,884	-,8398	,7255
		1º Ciclo	,71429	,43532	,106	-,1574	1,5860
		3º Ciclo	,90816*	,32151	,007	,2644	1,5520
	2º Ciclo	Ensino Secundário	,69231*	,30139	,025	,0888	1,2958
		Licenciatura	,65714*	,31792	,043	,0205	1,2938
		1º Ciclo	-,19388	,39376	,624	-,9824	,5946
		2º Ciclo	-,90816*	,32151	,007	-1,5520	-,2644
		3º Ciclo	-,21586	,23745	,367	-,6913	,2596
		Ensino Secundário	-,25102	,25810	,335	-,7679	,2658
		1º Ciclo	,02198	,37752	,954	-,7340	,7779
		2º Ciclo	-,69231*	,30139	,025	-1,2958	-,0888
	Ensino Secundário	3º Ciclo	,21586	,23745	,367	-,2596	,6913
		Licenciatura	-,03516	,23256	,880	-,5009	,4305
		1º Ciclo	,05714	,39084	,884	-,7255	,8398
		2º Ciclo	-,65714*	,31792	,043	-1,2938	-,0205
		3º Ciclo	,25102	,25810	,335	-,2658	,7679
		Ensino Secundário	,03516	,23256	,880	-,4305	,5009
		2º Ciclo	,59970	,84458	,481	-1,0915	2,2909
		3º Ciclo	1,60565*	,76395	,040	,0759	3,1354
	1º Ciclo	Ensino Secundário	1,50926*	,73243	,044	,0426	2,9759
MEAN_SCI_2							

	Licenciatura	1,00764	,75827	,189	-,5108	2,5260
	1º Ciclo	-,59970	,84458	,481	-2,2909	1,0915
2º Ciclo	3º Ciclo	1,00595	,62376	,112	-,2431	2,2550
	Ensino Secundário	,90956	,58474	,125	-,2614	2,0805
	Licenciatura	,40794	,61679	,511	-,8272	1,6430
	1º Ciclo	-1,60565*	,76395	,040	-3,1354	-,0759
3º Ciclo	2º Ciclo	-1,00595	,62376	,112	-2,2550	,2431
	Ensino Secundário	-,09639	,46068	,835	-1,0189	,8261
	Licenciatura	-,59802	,50074	,237	-1,6007	,4047
	1º Ciclo	-1,50926*	,73243	,044	-2,9759	-,0426
Ensino Secundário	2º Ciclo	-,90956	,58474	,125	-2,0805	,2614
	3º Ciclo	,09639	,46068	,835	-,8261	1,0189
	Licenciatura	-,50162	,45120	,271	-1,4051	,4019
	1º Ciclo	-1,00764	,75827	,189	-2,5260	,5108
Licenciatura	2º Ciclo	-,40794	,61679	,511	-1,6430	,8272
	3º Ciclo	,59802	,50074	,237	-,4047	1,6007
	Ensino Secundário	,50162	,45120	,271	-,4019	1,4051

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Respostas múltiplas

5. Que tipo de serviços de saúde mental recebe actualmente?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
5 <sup>a</sup>	5.1.Consultas	46	26,6%	74,2%
	5.2.Medicção Psiquiátrica	43	24,9%	69,4%
	5.4.Fórum Sócio-ocupacional	39	22,5%	62,9%
	5.5.Habitação Independente	7	4,0%	11,3%
	5.6.Residência de Grupo	6	3,5%	9,7%
	5.7.Emprego Apoiado	31	17,9%	50,0%
	5.9.Outros	1	0,6%	1,6%
Total		173	100,0%	279,0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

21. O emprego/estágio foi promovido pelo serviço de emprego apoiado da Organização ao nível da:

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
21 <sup>a</sup>	21.1.Escolha	20	27,4%	64,5%
	21.2.Obtenção	22	30,1%	71,0%
	21.3.Manutenção	31	42,5%	100,0%
Total		73	100,0%	235,5%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

6. Se respondeu Emprego Apoiado ou Protegido, refira se teve algum internamento psiquiátrico antes de começar a trabalhar?

7. Teve algum internamento psiquiátrico depois de começar a trabalhar?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
67 <sup>a</sup>	6.Internamento Psiquiátrico antes de começar a trabalhar	7	70,0%	87,5%
	7.Internamento Psiquiátrico depois de começar a trabalhar	3	30,0%	37,5%
Total		10	100,0%	125,0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

14. Qual a sua situação profissional actual?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
14 <sup>a</sup>	14.1.Empregado Conta Própria	1	1,6%	1,6%
	14.2.Empregado Conta Outrém	21	33,9%	33,9%
	14.3.Desempregado à procura de trabalho	23	37,1%	37,1%
	14.4.Desempregado sem procurar trabalho	1	1,6%	1,6%
	14.5.Estagiário em contexto de trabalho	9	14,5%	14,5%
	14.6.Reformado, Pensão Social ou RSI	7	11,3%	11,3%
<b>Total</b>		<b>62</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

23. Que actividades/serviços da Organização utiliza actualmente?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
23 <sup>a</sup>	Serviços de emprego	31	22,6%	52,5%
	Formação Profissional	34	24,8%	57,6%
	Apoio Habitacional	13	9,5%	22,0%
	Reunião Pós-Laboral	10	7,3%	16,9%
	Integração e Apoio Escolar	6	4,4%	10,2%
	Actividades Desportivas	14	10,2%	23,7%
	Voluntariado	5	3,6%	8,5%
	Grupo de Ajuda Mútua	15	10,9%	25,4%
	Outra	9	6,6%	15,3%
<b>Total</b>		<b>137</b>	<b>100,0%</b>	<b>232,2%</b>

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

TUCP

Questão 3: Esta actividade é importante para si?

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
1 <sup>a</sup>	1 - Ir fazer compras a uma mercearia, loja em centro comercial, outra loja ou feira	56	6,0%	90,3%
	2 - Ir a um restaurante ou café	54	5,8%	87,1%

3 - Ir à igreja, sinagoga ou outro local de culto	31	3,3%	50,0%
4 - Ir ao cinema	40	4,3%	64,5%
5 - Ir a um parque ou centro recreativo	36	3,9%	58,1%
6 - Ir a um teatro ou a um evento cultural	31	3,3%	50,0%
7 - Ir a um jardim botânico ou museu	26	2,8%	41,9%
8 - Fazer recados	48	5,2%	77,4%
9 - Ir a uma biblioteca	28	3,0%	45,2%
10 - Ir assistir a um evento desportivo	26	2,8%	41,9%
11 - Ir a um ginásio ou clube de saúde, incluindo piscina ou participar num evento desportivo	34	3,7%	54,8%
12 - Ir a uma barbearia, salão de beleza, salão de manicure e spa	43	4,6%	69,4%
13 - Utilizar transportes públicos	55	5,9%	88,7%
14 - Ir a um grupo de ajuda-mútua para questões de saúde mental	32	3,5%	51,6%
15 - Ir a um grupo de ajuda-mútua para problemas de abuso de substâncias	9	1,0%	14,5%
16 - Ir a um outro tipo de apoio de ajuda-mútua na comunidade	11	1,2%	17,7%
17 - Ir a uma organização gerida por pares ou de defesa de direitos cívicos	26	2,8%	41,9%
18 - Ir a um grupo social na comunidade	27	2,9%	43,5%
19 - Trabalhar com remuneração	59	6,4%	95,2%
20 - Ir à escola para obter um grau académico ou certificado	46	5,0%	74,2%

21 - Frequentar uma aula para lazer ou competências para a vida	32	3,5%	51,6%
22 - Participar em actividades de voluntariado	35	3,8%	56,5%
23 - Participar em encontros sociais, ou participar em eventos de celebração com a família e os amigos	40	4,3%	64,5%
24 - Receber a família ou os amigos na sua casa, ou visitá-los em suas casas	56	6,0%	90,3%
25 - Participar numa feira comunitária, festa do bairro, dia de limpeza comunitária ou outro evento ou actividade comunitária	24	2,6%	38,7%
26 - Ir ou participar em actividades ou organizações cívicas ou políticas	22	2,4%	35,5%
<b>Total</b>	<b>927</b>	<b>100,0%</b>	<b>1495,2%</b>

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.