



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A promoção do
empowerment através da
habitação independente e do
emprego para pessoas com
experiência de doença
mental

Luís Maria Garcia Rolo Sá
Fernandes

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 orientação neste estudo, por um seminário repleto de desafios, conhecimento, sabedoria e pela inspiração de que sempre é possível inovar paradigmas, derrubar barreiras e criar mudanças que transformem o mundo para melhor. Ao grupo de investigação pelo apoio e pelas directerizes desde o início e durante o processo de recolha de dados.

Aos colegas de trabalho pela colaboração e especialmente à Dra. Teresa Duarte pelos contributos chave e por estar sempre disponível para ajudar.

À Carla Mendonça por estar sempre ao meu lado. À minha família e aos amigos pela motivação e incentivo fundamental para alcançar esta etapa.

Por fim, aos participantes da AEIPS, que nunca deixem de demonstrar que através do empowerment e da integração na comunidade, contribuem para uma sociedade mais rica, tolerante e respeitadora da diversidade.

RESUMO

Objetivo: O empowerment é percebido como a obtenção de poder e direito de escolher onde viver e trabalhar, assim como, ter acesso aos recursos que possibilitam estas escolhas. A habitação e o emprego são duas questões fundamentais dos direitos civis, no entanto, apenas um pequeno número de pessoas com experiência de doença mental têm acesso a estes recursos. Desta forma, o objectivo deste estudo é procurar compreender em que medida o acesso das pessoas com experiência de doença mental à habitação independente e ao emprego, promovem o empowerment. Método: Este estudo é de carácter descritivo e pretende analisar de forma quantitativa se o acesso destas pessoas à habitação independente e ao emprego sugerem influenciar estatisticamente os seus resultados de empowerment. Para tal, aplicou-se a Escala de Empowerment (Rogers, Chamberlin, Ellison e Crean, 1997), na sua versão Português (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014) a 93 participantes de uma organização de base comunitária de saúde mental em Portugal, a Associação para o Estudo e Integração psicossocial (AEIPS). Recorreu-se ao teste estatístico Mann-Whitney para analisar se existem diferenças significativas de empowerment na comparação entre situações habitacionais e profissionais dos participantes. Resultados: Diferenças estatísticas significativas indicam níveis mais elevados de empowerment nos participantes que viviam em habitações independentes e estão integrados em empregos regulares. Conclusões e implicações para a prática: Serviços de saúde mental que apoiam o emprego dos utilizadores no mercado competitivo de trabalho e habitação independente são mais propensos a promover o empowerment e a contribuir para uma vida como cidadãos iguais perante a sociedade.

Palavras-chave: empowerment; escala de empowerment; habitação independente; emprego

ABSTRACT

Objective: Empowerment is perceived as the gain of power and the right to choose where to live and work, as well as have access to resources that enable these choices. Housing and employment are two fundamental issues of civil rights, however, only a small number of people with psychiatric disabilities have access to these resources. This way, the aim of this study is to try to understand if through the access of people with psychiatric disabilities to independent housing and employment, promotes empowerment. Method: This study uses a quantitative description method to analyze if the access to independent housing and employment suggest statistical influence in their empowerment results. To this end, we applied the Empowerment Scale (Rogers, Chamberlin, Ellison and Crean, 1997), in its Portuguese version (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014) to 93 participants in a community-based mental health organization in Portugal, the Association for the Study and psychosocial integration (AEIPS). The Mann-Whitney statistical test was applied to analyze whether there are significant differences in empowerment in the comparison of housing and employment situations of the participants. Results: Statistical significant differences indicate higher levels of empowerment in the participants living in independent houses and integrated in regular jobs. Conclusions and implications for practice: Mental health services that support consumers' access to employment in the competitive labor market and independent living are more likely to promote empowerment and to contribute to a life as equal citizens in society.

Keywords: empowerment; empowerment scale; independent housing; employment

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	1
ARTIGO EMPÍRICO	2
ANEXO (I)	18
REVISÃO DA LITERATURA	18
MÉTODO	26
RESULTADOS	36
DISCUSSÃO	42
REFERÊNCIAS	48
ANEXO (II)	56

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

	Página
Tabela 1 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes	33
Tabela 2 – Alfa de Cronbach do instrumento	36
Tabela 3 – Medidas de dispersão estatística do instrumento: média e desvio padrão	36
Tabela 4 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes por grupo: outras situações habitacionais (Grupo 1) e habitação independente (Grupo 2)	38
Tabela 5 – Resultados do teste de Mann-Whitney da situação habitacional	38
Figura 1 – Diagrama de extremos e quartis dos resultados da ES-PT relativos à situação habitacional	39
Tabela 6 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes por grupo: empregado ou em estágio (Grupo 1) e em actividades não profissionais (Grupo 2)	39
Tabela 7 – Resultados do teste de Mann-Whitney da situação profissional	41
Figura 2 – Diagrama de extremos e quartis dos resultados da ES-PT relativo à situação profissional	41

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito de uma tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária, assumindo o formato de um artigo empírico. A questão levantada por este estudo tem uma natureza prática de intervenção, e faz parte de um projecto de investigação de maior escala, dirigido pelo Professor Doutor José Ornelas, denominado: *Promoção das capacidades e a integração de pessoas com doença mental*, em colaboração com diversas organizações e serviços de saúde mental, financiado pela FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia). Desta forma, o presente artigo é também parte integrante de um trabalho submetido a publicação em revista científica internacional.

Baseado conceptualmente nos conceitos da Psicologia Comunitária, esta investigação guiou-se pelo movimento dos sobreviventes/consumidores, que desde o início dos anos 70 advoga o acesso não discriminado das pessoas com experiência de doença mental a direitos civis básicos, tais como a habitação e o emprego. Neste sentido, em 2008 o Conselho Nacional para a Deficiência dos Estados Unidos da América recomendou para pessoas com experiência de doença mental o acesso a contextos habitacionais não congregados, isto é, habitações independentes e a mudança de situações de desemprego e contextos de trabalho segregados, para a promoção do emprego no mercado competitivo de trabalho, ou seja, empregos reais com salários reais. Em Portugal, apesar de apenas um pequeno número de pessoas com experiência de doença mental terem acesso a estes recursos, no ano de 2007, o Conselho Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental apresentou como um dos seus objectivos, a promoção dos direitos humanos, como o direito à habitação e ao emprego.

Posto isto, o campo da saúde mental comunitária apresenta-se nos dias de hoje, como uma área onde a integração na comunidade e o empowerment são valores centrais da sua acção, onde se vê necessário aumentar o acesso e a participação no contexto comunitário, onde as pessoas com experiência de doença mental devem ser consideradas como cidadãos/ãs iguais perante a sociedade. O empowerment, neste sentido, é percebido como a obtenção de poder e direito de escolher onde viver e trabalhar, assim como, ter acesso aos recursos que possibilitam estas escolhas.

Desta forma, este estudo apresenta uma metodologia descritiva quantitativa, com objetivos de investigação, intervenção e mudança transformativa, assim como implicações para as práticas dos serviços de saúde mental. Mais especificamente, este trabalho analisa se viver de forma independente e estar empregado/a no mercado aberto e competitivo de

trabalho, contribui significativamente para a promoção do empowerment individual em participantes de uma organização de base comunitária de saúde mental, a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS).

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte consiste num artigo empírico, apresentado na língua inglesa, com uma secção de introdução teórica e o desenvolvimento da temática em questão. Inclui ainda uma secção de método em que se procede a descrição do procedimento, instrumentos e participantes, uma secção de análise e resultados e, por último, uma secção de discussão. A segunda parte consiste numa secção de anexos, que incluem uma revisão de literatura mais extensa, assim como uma apresentação mais aprofundada do método, análise e discussão dos resultados, contendo ainda todo o material utilizado no estudo para uma melhor compreensão da temática e das questões de investigação levantadas.

ARTIGO EMPÍRICO

Empowerment promotion through independent housing and employment for people with psychiatric disabilities

ABSTRACT

Objective: Empowerment is perceived as the gain of power and the right to choose where to live and work, as well as have access to resources that enable these choices. Housing and employment are two fundamental issues of civil rights, however, only a small number of people with psychiatric disabilities have access to these resources. This way, the aim of this study is to try to understand if through the access of people with psychiatric disabilities to independent housing and employment, promotes empowerment. Method: This study uses a quantitative description method to analyze if the access to independent housing and employment suggest statistical influence in their empowerment results. To this end, we applied the Empowerment Scale (Rogers, Chamberlin, Ellison and Crean, 1997), in its Portuguese version (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014) to 93 participants in a community-based mental health organization in Portugal, the Association for the Study and psychosocial integration (AEIPS). The Mann-Whitney statistical test was use to analyze whether there are significant differences in empowerment in the comparison of housing and employment situations of the participants. Results: Statistical significant differences indicate higher levels

of empowerment in the participants living in independent houses and integrated in regular jobs. Conclusions and implications for practice: Mental health services that support consumers' access to employment in the competitive labor market and independent living are more likely to promote empowerment and to contribute to a life as equal citizens in society.

Keywords: empowerment; empowerment scale; independent housing; employment

1. INTRODUCTION

In 1997, Judi Chamberlin alongside an Advisory Board composed by consumer/survivors self-help practitioners proposed an empowerment definition, showing empowerment through the consumers' perspective (Chamberlin, 1997). As so, empowerment was characterized by encompassing various qualities, such as having decision-making power and choice, access to resources and understanding that people have rights. This way consumers' empowerment meant, on a personal level, the gain of respect, self determination and skills and, on a collective level, the representation of a set of voices that are ensured to be heard in planning, decision-making and policy making in the provided mental health services (Chamberlin, Rogers & Sneed, 1989).

Since the early 1970s the consumer's movement advocates for people with psychiatric disabilities a non-discriminatory access to basic civil rights, such as housing and employment (Chamberlin et al., 1989). The National Council on Disability (2008) in the USA recommends housing in noncongregate settings, where people with psychiatric disabilities have access to their chosen supports in order to maintain their community tenure. Concerning employment, the National Council on Disabilities recommends the shift from unemployment and work segregation settings to the promotion of competitive employment, where people with psychiatric disabilities can have real jobs with real wages, supporting their right to live and work in the community.

In the transformative proposal of community mental health, proposed by Nelson, Kloos & Ornelas (2014), empowerment and community integration are central values of this new paradigm, where people with psychiatric disabilities must be considered as equal citizens in society. In this proposal empowerment is conceived as having the right to choose where to live and work and having the access to the resources that allow these choices. To ensure and foster equal treatment and equal opportunities to access and participate in community life it's necessary to rethink how mental health services promote or play a role in the empowerment of its' consumers.

Following research suggestions, this study examines if living independently or being employed in regular jobs contributes significantly to the promotion of individual empowerment, through the application of the five-factor Portuguese version of the Empowerment Scale (ES-PT).

1.1 Empowerment promotion in community mental health

An early empowerment definition characterized empowerment as the process through which people gain control over their own lives (Rappaport, 1987). According to Chamberlin (1997) and members of the consumer/survivors movement, empowerment meets different elements such as decision-making power, access to information and resources, choice, assertiveness and effecting change in one's life and the community it self. This definition is considered to be of great importance to psychiatric rehabilitation programs, because by promoting independence, autonomy and other related elements of empowerment, they are generating the necessary shift of roles that leads to consumers control over their own lives (Chamberlin, 1997).

The consumer-constructed scale to measure empowerment created by Rogers et al (1997) suggests three supports that characterize empowerment. The first encompasses self-esteem and self-efficacy, as well as optimism and control over the future, which constitutes a sense of value and belief in which one controls the destiny of his/her life. The second support is power, which is characterized by the importance of the persons acquiring decision-making power and having choice from a non limited range of options. Righteous anger and community activism constitute the third support, characterized as the sociopolitical components of empowerment (Rogers et al., 1997).

Observing the proposed inter-relationship between empowerment and mental health in Nelson, Lord and Ochocka (2001) study, it's possible to identify choice, control, community integration and the access to valued resources as the empowerment defining qualities that will lead to a better mental health. Thus, allowing people with psychiatric disabilities, the opportunity to gain control, fight stigma, poverty, a high level of unemployment and fragile housing conditions. This way, in Maton (2008) empowerment is perceived as the development process by which people enhance control over their lives, increase access to valued resources and their social situation.

Maton & Brodsky (2011) studied the empowering community settings and examined three empowerment areas. Psychological empowerment, defined by the sense of control over people's personal lives; social empowerment, that refers to the access to value social roles,

such as professional roles; and civic empowerment, characterized by the gain of access to basic civil rights. Community settings that promote empowerment include the empowerment process and the empowerment results. The process is characterized by a support system, an active participation of individuals, and a shared power in decision-making. The results feature the increase of consumers' control over their life and their surroundings, as well as the access to valued resources and to basic rights (Maton, Seidman & Aber, 2011). The relevance of these settings resides in its' social integration potential and contribution to the individual development, making it possible for consumers to achieve their goals and reduce social fragilities. (Maton & Brodsky, 2011)

1.2 Independent housing and employment

Regarding independent housing, Ridgway, Simpson, Wittman and Wheeler (1994) sustained that the consumers should participate in *cocreating* their own home, living in situations they want and need. This is possible by giving the opportunity for consumers to choose their own home settings, thus enabling empowerment. Wong & Solomon (2002) stated that, through supportive independent living, people with psychiatric disabilities develop roles and lifestyles in normalized living settings participating as integrated members of the community.

In Nelson, Sylvestre, Aubry, George & Trainor (2007) the increase of choice and control over housing and house quality consistent with the empowerment theory, contributes to a better quality of life. This study also found that people living independently in their own apartments have more choice and control compared to consumers living in group homes. Sylvester , Nelson, Sabloff & Peddle (2007) research findings regarding choice and control, refer that consumers prefer independent housing, to live by themselves, with significant others or family members of their choice, despite the fact that most don't live in houses of their choosing. Finally, the research by Gulcur, Tsemberis, Stefancic and Greenwood (2007) suggested that living in normalized independent scatter-site houses is a significant predictor of social integration and recommended that facilitating consumers choice over their lives increases autonomy, therefore promoting empowerment.

Through research analyses, supported employment enhances competitive work as well as increases the quality of life, mental health and social inclusion: Employment allows people with psychiatric disabilities to have the same benefits that other people enjoy, such as a salary, the use of skills and talents, fulfilling their goals and having a significant activity and role in society. (Evans & Repper, 2000; Mueser et al., 2014; Becker, Drake & Bond, 2014)

Bejerholm & Bjorkman (2010) studied the relevance of empowerment in supported employment and showed that people with psychiatric disabilities that have choice and control in accessing employment opportunities, as well as support, were more empowered and integrated in the community. Lloyd, King & Moore (2010) found that higher empowerment scores were associated with high community participation and with paid employed consumers. Dunn, Wewiorski and Rogers (2008) found a positive relation between employment and empowerment in people with psychiatric disabilities. Employment provides a financial reward that brings about self-sufficiency and independence, promoting self-esteem, pride and empowerment.

2. METHOD

2.1 Context

This study uses the setting of the Association for Study and Psychosocial Integration (Associação para o Estudo e Integração Psicossocial [AEIPS]), a community-based mental health organization created by consumers, 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 consumers' in housing, employment, education and provides access to other activities and community resources (Ornelas et al., 2014).

AEIPS' supported housing program provides support for consumers, so that these may have the opportunity to choose where and with whom they want to live, making it possible for consumers to live in individual and independent houses (Ornelas et al., 2012; Ornelas et al., 2014).

AEIPS's programs also focuses on providing individualized support for people who want to obtain employment in the community, providing a supported employment program, with consumers' participation on the design, implementation and evaluation of their own projects (Shinn, 2014; Jorge-Monteiro, Aguiar, Sacchetto, Vargas-Moniz & Ornelas, 2014). In this program, consumers are individually integrated in a non limited set of jobs of their choosing, in mainstream businesses in the community. The program collaborates with the worker and the employer, through ongoing support in the job location to assist consumers' achieve their goals, maintaining consumer's 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 subsample of a larger research project (Ornelas et al., 2012). In the present research, 93 people with psychiatric disabilities, aged between 21 - 62 years old ($M = 40.80$; $DP = 9.061$) and currently using AEIPS's services agreed to participate. The study sample criteria was according to age (≥ 18), having a personal history of psychiatric treatment or hospitalization, being a participant in the AEIPS' program for over 6 months and the consent to participate in the research.

Table 1
Sociodemographic Characteristics of Participants

Characteristic	<i>n</i> (%)
Gender	
Female	29 (31.2)
Male	64 (68.8)
Psychiatric diagnoses	
Schizophrenia	55 (59.1)
Bipolar psychosis	14 (15.1)
Major depression	7 (7.5)
Other psychiatric diagnoses	17 (18.3)
Psychiatric hospitalizations	
Never hospitalized	27 (29)
Experience hospitalization	66 (71)
Period of participation in AEIPS	
Less than 6 months	7 (7.5)
6 months-2 years	20 (21.5)
2-5 years	29 (31.2)
6-10 years	17 (18.3)
More than 10 years	20 (21.5)
Living situation	
With family members	52 (55.9)
Group homes	21 (22.6)
Independent houses	14 (15.1)
Other living arrangement	6 (6.4)
Employment status	
Employed or in training	18 (19.4)
Unemployed	33 (35.5)

Live of social pensions	39 (41.9)
Volunteer work	3 (3.2)

2.3 Procedures

Data was collected through the application of a questioner, after the agreement consent form was signed by the participants. Each application had the support of a research team member and the average duration of 30 minutes. The interview consisted in the application of a sociodemographic data questioner and the Portuguese Version of the Empowerment Scale (ES-PT)

Regarding confidentiality, the participants were apprised that all information was anonymous. The research data was matched to a specific assigned number, excluding participants' names.

2.4 Research Instrument

The Empowerment Scale (ES) was first published by the Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, created by Rogers, Chamberlin, Ellison and Crean in 1997 and also known as the "Decision Making Scale". In 2010 was validated by Rogers et al., from 28 items to a shorten version of 25 items. The empowerment scale used in the present study was the Portuguese version validated by Jorge-Monteiro & Ornelas (2014).

This scale was chosen due to its participatory conception. The ES was developed with the purpose of measuring personal empowerment defined exclusively by consumers of mental health services (Rogers et al., 1997). This was possible with the assistance of a consumer research advisory board, created by Judi Chamberlin, who selected representative leaders of the consumer/survivor movement, with the intent of reaching a consensus about the essential components of empowerment for people with psychiatric disabilities (Rogers, et. al., 1997; Rogers et al., 2010).

The Portuguese version of the Empowerment Scale, consists in a 20 item four-point scale, ranging from *strongly disagree* to *strongly agree*, incorporating five factors: Self-Esteem and Efficacy (Factor 1); Power and Powerlessness (Factor 2); Optimism and Control over the Future (Factor 3); Community Activism and Autonomy (Factor 4); Righteous Anger (Factor 5). A high score on an empowerment scale factor is a high endorsement of that factor (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014).

To identify the independent housing situation, through the applied questioner, participants were asked: "Are you currently living in an independent house?" choosing "Yes"

or “No”. To determine the professional activities, participants were asked: “Are you currently in a professional activity in a regular job?” choosing “Yes” or “No”.

2.5 Analysis

Descriptive statistics were conducted to determine the mean and standard deviation of the scale. Mann-Whitney U (2 Samples) test was used to compare if significant statistic differences were found between participants’ characteristics, independent housing and employment situation with empowerment perceived scores ($p < .05$). Kruskal-Wallis test was used to compare if significant differences were found between participants empowerment scores and the length of participation in AEIPS’s program.

3. RESULTS

3.1 Descriptive Characteristics

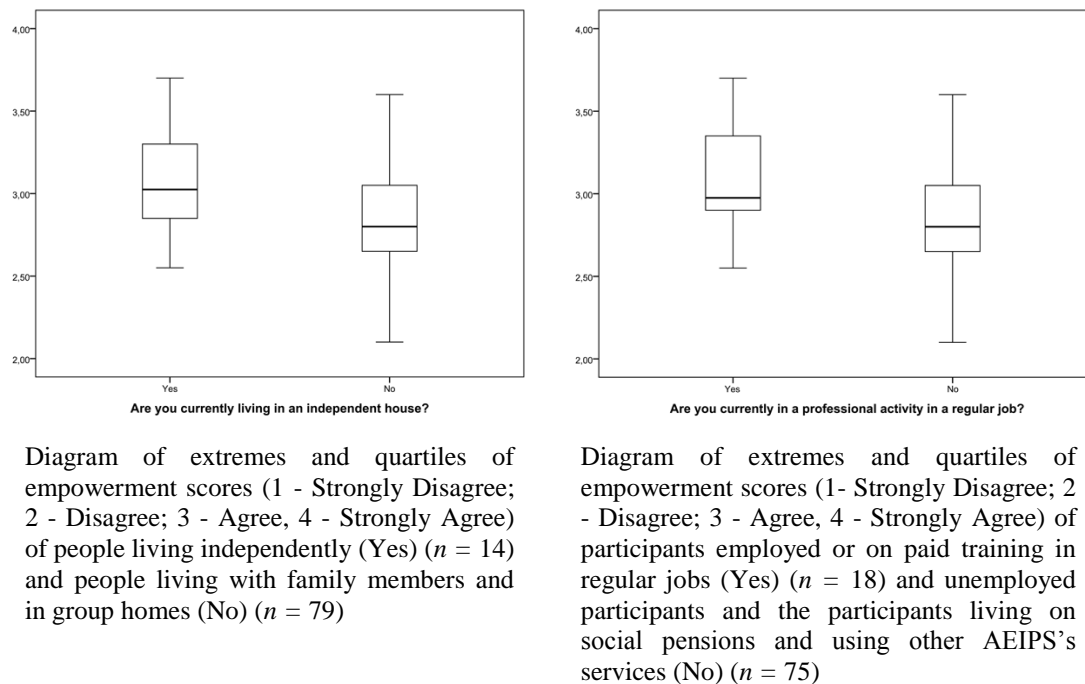
The participants’ empowerment scores mean was above the midpoint of the Empowerment Scale ($M = 2.87$; $SD = .34$) in a range from 1 to 4, showing a high level of empowerment. No significant statistic relationship was found between empowerment scores and psychiatric hospitalizations, gender or the length of the participation in AEIPS’s program.

3.2 Empowerment, independent housing and professional activities

Regarding the participants living situation, those living in independent houses showed higher empowerment total scores than the participants living with family members or in group homes. The differences found were statistically significant ($U = 362$; $W = 3522$; $p = 0.040$). Figure 1 demonstrates the score distribution in the two groups.

Regarding the employment status, the participants employed or on paid training in regular jobs demonstrated higher empowerment scores. The unemployed participants and the participants living on social pensions and using other AEIPS services showed significant lower scores. The difference found was statistically significant ($U = 422.5$; $W = 3272.5$; $p = 0.014$). Figure 1 show the score distribution in the two groups.

▪ **Figure 1.** Empowerment scores distribution regarding living situation and employment situation



4. DISCUSSION

The main goal of this research was to examine if people with psychiatric disabilities, living independently and employed in regular jobs presented higher empowerment scores than consumers in other situations, suggesting that individualized access to chosen community resources, as normalized scattered-site independent houses and real jobs in the mainstream businesses promoted empowerment.

Regarding participants' housing situation, the results showed that those living independently presented higher levels of perceived empowerment, than the participants still living with family members (mainly parents) or in group homes (Fig. 1). This significant difference shows independent housing as a way to foster empowerment encompassing different elements of the concept, like consumers control over decisions concerning their future and choice over their lives. These findings are consistent with Nelson et al. (2007) results concerning housing control and choice for people with psychiatric disabilities, where empowerment is sustained not only by the opportunity for consumers to choose where and with whom they want to live, but also that independent housing provides consumers more choice and control than group living arrangements. AEIPS's supported independent housing program promotes consumers to have the opportunity to choose where they want to live and

with whom, making it possible to live individually in independent houses in the community (Ornelas et al., 2012; Ornelas, et al., 2014).

Other empowerment elements suggested in this study, as a result of living independently, is the increase of personal sense of efficacy and self-esteem, the access to valued social roles, like residents or neighbors, and other community resources. These expected results are consistent with Ridgway's et al. (1994) findings. As opposed to quasi-institutionalized settings, independent housing allows each person to create a personalized home that enables self-esteem, increases social status and also improves personal efficacy and competence, as well as enhances consumers fitting in the community resulting in residential stability. In the research conducted by Yanos, Felton, Tsemberis and Frye (2007) we can find that consumers living individually are prone to enhance social interactions with neighbors and increase their sense of community. In Yanos, Barrow & Tsemberis (2004) qualitative research, independent houses have a major contribution in improving self-esteem, hope and the interest in themselves and their surroundings. Unlike staffed settings, independent housing increases privacy, independence and freedom to pursue interests.

Recent researches on housing conditions, conducted by Duarte & Ornelas (2008) in AEIPS, showed that people would like to get their own home and stably maintain it, mainly due to privacy and autonomy reasons. Autonomy and independence are central components of independent housing as well as essential elements of empowerment. Studying how community mental health housing contributes to integration and life satisfaction, Aubry, Flynn, Virley and Neri (2013) shows us that independent housing settings promote autonomy, individualization, people's rights, allowing the development of independently living skills and enabling the role of residents, as well as the easy access to other community resources.

Previously studies found positive outcomes for people with psychiatric disabilities living in independent housing, such as well-being, quality of life, life satisfaction, sense of safety and community integration. Through this research empowerment can be added to this list, making it possible to be promoted through independent and community integrated houses.

Examining the relationship between empowerment and the integration in professional activities in regular jobs, we find that the results obtained are according to conducted researches and our expectations. Participants developing professional paid activities in regular jobs, on mainstream businesses, present higher empowerment 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 empowerment. In the original study of

the empowerment scale by Rogers et al. (1997), a significant positive relation was found between empowerment and people employed in regular jobs, due to their monthly income, allowing the betterment of the quality of life and the increase of satisfaction with one's life conditions. Provencher, Gregg, Mead and Mueser (2002) examined the role of work in people with psychiatric disabilities, and found that the financial independence employment provides, it enhances the sense of self-efficacy and means to *self-empowerment*. Lloyd et al. (2010) reinforces the difference between people with psychiatric disabilities living on social benefits and people in paid jobs, showing higher levels of empowerment in those employed.

Specifics of AEIPS's supported employment program, as found in Shinn (2014), are that consumers 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. According to Chamberlin (1997) power is obtained by the importance of acquiring decision-making and having choice from a non limited range of options, since independence is only possible if the opportunity to make important decisions about one's life exists. In AEIPS's supported employment program, consumers 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 consumers' 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) shows a positive relationship between the importance of daily activities in the community life provided by employment and empowerments' 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.

5. CONCLUSION AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE

Independent housing and employment were found to be crucial in promoting empowerment. Through this research, we suggest that the access to these community valued resources can endorse empowerment through the augment of a person's autonomy, decision making power, control and optimism over the future. Making it possible for people with psychiatric disabilities to have a full active participation in the definition of goals, decisions, and access valuable resources, consequently allowing them to operate changes in their own life integrated in the community. According to Chamberlin (1998), to reach full citizenship, equality and human dignity, it's imperative that consumers' have access to community valued resources in order to increase their independence and their community, which in turn, enables empowerment. So, to reach transformative change in community mental health, mental health services should foster consumers' access to community participation through independent housing and mainstream employment (Nelson et al., 2014). The findings of this study support independent housing and mainstream employment as empowering levers for people with psychiatric disabilities. Further it suggests that community mental health services should support consumers' access and maintenance to independent housing and mainstream employment, in order to contribute to better efficacy of their practices in promoting empowerment. With these community oriented practices mental health organizations can assist people with psychiatric disabilities to live and work in the community as empowered citizens. Although the present study had the participation of 93 people, it was only conducted in one organization. We recommend that further research should involve a wider range of community mental health organizations and consumers.

6. REFERENCES

- 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
- Becker, D. R., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2014). The IPS supported employment learning collaborative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 79-85.

- 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
- Chamberlin, J., Rogers, J.A. & Sneed, C.S. (1989). Consumers, families, and community support systems. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 12(3), 94-106.
- Chamberlin, J. (1997.) A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43-46.
- Chamberlin, J. (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 405-408.
- Duarte, T. & Ornelas, J. (2008). Serviços de suporte comunitário orientados para o recovery das pessoas com experiencia de doença mental. *Relatório de Investigação*. Lisboa, PT: ISPA-IU.
- 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
- 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. & Ornelas, J. H. (2014). Properties of the Portuguese version of the empowerment scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems*, 8:48.

- Lloyd, C., King, R. & Moore, L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study. *Internal Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229.
- Maton, K.I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology*, 41, 4-21.
- Maton, K. I. & Brodsky, A. E. (2011). Empowering community settings: Theory, research, and action. In Aber, M. S., Maton, K. I. & Seidman, E.(2011), *Empowering Settings and Voices for Social Change* (pp. 38-64). New York; Oxford University Pres. Inc.
- Maton, K, Seidman, E. & Aber, M. (2011). Empowerment settings and voices for social change: An introduction. In Aber, M. S., Maton, K. I. & Seidman, E. (2011), *Empowering Settings and Voices for Social Change* (pp. 1-11). New York; Oxford University Pres. Inc.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Essock, S. M., Clark, R. E., Carpenter-Song, E., Drake, R. E. & Wolfe, R. (2014). The effects of supported employment in Latino consumers with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 113-122.
- National Council on Disabilities (2008, March). Inclusive livable communities for people with psychiatric disabilities. Retrieved from <http://www.ncd.gov/publications/2008/03172008>
- Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 125-142. Doi: 10.1002/casp.619
- 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.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L. & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 89-100. Doi: 10.1007/s10488-006-0083-x

- 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.
- Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S. & Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132-144.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disabilities: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Ridgway, P., Simpson, A., Wittman, F. D. & Wheeler, G. (1994). Home making and community building: Notes on empowerment and place. *The Journal of Mental Health Administration*, 21:4, 407-418.
- Rogers, S., Chamberlin, J.m Ellison, M. & Crean (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rogers, S., Ralph, R. & Salzer, M. (2010). Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 61(9), 933-936.
- 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.
- Sylvestre, J., Nelson, G., Sabloff, A. & Peddle, S. (2007). Housing for People with Serious Mental Illness: A Comparison of Values and Research. *American Journal of Community Psychology*, 40, 125-137.

- 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., Barrow, S. M. & Tsemberis, S. (2004). Community Integration in the Early Phase of Housing Among Homeless Person Diagnosed with Severe Mental Illness: Successes and Challenges. *Community Mental Health Journal*, 40(2), 133-150.
- Yanos, P., Felton, B., Tsemberis, S., & Frye, V. (2007). Exploring the role of housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health*, 16(6), 703-717.

ANEXOS (I)

REVISÃO DA LITERATURA

Uma definição inicial de empowerment caracteriza este mesmo conceito como o processo através do qual as pessoas ganham controlo sobre as suas próprias vidas (Rappaport, 1987). O conceito de empowerment encontra-se aplicado em larga escala na base dos programas de saúde mental, esta sua extensa utilização conduziu à carência de definições claras e à incapacidade de mensurar a sua promoção (Chamberlin, 1997). Desta forma, em 1997, Judi Chamberlin desenvolveu uma definição de empowerment, utilizando um processo participativo, em conjunto com um conselho consultivo constituído por líderes do movimento consumidores/sobreviventes, onde nos mostra o conceito de empowerment através da perspectiva dos utilizadores dos serviços de saúde mental. Assim sendo, o empowerment é caracterizado por englobar diversas qualidades tais como, o poder de tomada de decisão, a escolha, o acesso a recursos e a compreensão de que todas as pessoas têm direitos (Chamberlin, 1997).

O empowerment teve uma grande influência no crescimento do movimento dos consumidores, influenciando a defesa dos direitos civis básicos e o acesso não discriminatório das pessoas com experiência de doença mental a áreas como a habitação e o emprego. O empowerment deste grupo significa, num nível pessoal, o ganho de auto respeito, esperança, auto determinação e competência e num nível colectivo, representa o conjunto de vozes que são ouvidas no planeamento, na tomada de decisão, na criação de políticas e na definição dos serviços de saúde mental prestados (Chamberlin, J., Rogers, J. A., & Sneed, C. J., 1989; Chamberlin, J., 1997).

A promoção do empowerment na saúde mental comunitária

Observando a relação entre o empowerment e a área da saúde mental, proposta no estudo de Nelson, Lord e Ochocka (2001), é possível identificar a escolha, o controlo, a integração comunitária e o acesso a recursos de valor, como características que definem o empowerment e que conduzem à saúde mental. O empowerment permite assim, às pessoas com experiência de doença mental, a oportunidade de agir face ao estigma, à situação de pobreza, aos elevados níveis de desemprego e às frágeis condições habitacionais com que se deparam. Corrigan (2002) reforça esta ideia, defendendo que ao longo da história as pessoas

com experiência de doença mental têm lutado pela manutenção do poder pessoal sobre as suas próprias vidas. Desta forma, em Maton (2008) o empowerment é concebido como o processo pelo qual as pessoas aumentam o controlo sobre as suas próprias vidas, acedem a recursos comunitários de valor e melhoram a sua condição social.

Algumas abordagens da área da saúde mental têm-se revelado não promotoras do empowerment devido ao foco da sua intervenção assentar no conhecimento e no controlo dos profissionais (Nelson, Lord & Ochocka, 2001). Estas abordagens propagam o estigma e as características desempoderadoras, sendo que segundo Corrigan (2002), ocorrem devido à perpetuação de concepções não promotoras de empowerment por parte dos profissionais. Estas concepções minimizam a importância da partilha de poder dos utilizadores dos serviços de saúde mental, não garantindo o acesso aos direitos e oportunidades que a todos os cidadãos/ãs devem ser reservados. Posto isto, é sugerida a mudança no paradigma de intervenção dos profissionais e dos serviços de saúde mental, deixando o foco de ser colocado na doença e colocado na saúde mental. A saúde mental revela-se ser mais que a ausência da doença, mas também engloba a presença de qualidades positivas nos contextos das relações, da comunidade e finalmente da sociedade em geral (Nelson, Lord & Ochocka, 2001).

Estas situações conduzem para a necessidade de abordagens inovadoras, que coloquem o foco na falta de poder e nas reais questões com que estes cidadãos/ãs se deparam (Nelson, Lord & Ochocka, 2001). Deste modo, segundo Strack, Schulenberg & Deal (2007), abordagens mais recentes destinadas a pessoas com experiência de doença mental devem defender o aumento da autonomia e da participação como forma de prevenção de hospitalizações, verificando-se desta forma a promoção do empowerment como uma solução, possibilitando às pessoas o controlo das suas próprias vidas e consequentemente da melhoria da sua qualidade de vida.

De acordo com Chamberlin (1997), através da promoção da independência e da autonomia e outros elementos do empowerment, os serviços de saúde mental contribuem para uma mudança de papéis necessária, que conduz os seus utilizadores a controlarem as suas próprias vidas. Na proposta transformativa da saúde mental comunitária, Nelson, Kloos e Ornelas (2014) apresentam-nos o empowerment e a integração na comunidade como dois valores centrais deste novo paradigma, onde as pessoas com doença mental devem ser consideradas como cidadãos/ãs iguais perante a sociedade. Nesta proposta, o empowerment é concebido pelo direito de escolher onde viver e trabalhar, assim como aceder aos recursos que permitam essas escolhas. Assim sendo, é necessário repensar como os serviços de saúde

mental fomentam o empowerment dos seus utilizadores, promovendo iguais oportunidades de participação na vida na comunidade.

Segundo Nelson, Lord & Ochocka (2001), apesar dos conceitos de empowerment e de saúde mental se apresentarem como intimamente ligados, existe uma distinção fulcral, pois a definição de empowerment diz respeito às oportunidades e às condições necessárias para a promoção da escolha e do controlo, da integração comunitária e do acesso a recursos de valor, enquanto a definição de saúde mental diz respeito ao desenvolvimento e à aquisição dessa escolha e desse controlo, da integração na comunidade e do acesso aos recursos valorizados, ou seja, as condições para o processo de empowerment ocorrer são propícias ao desenvolvimento da saúde mental.

O processo de empowerment está, então, na base de muitos programas de serviços de saúde mental, que contrapõem as características de dependência e passividade instauradas nos cuidados base que os hospitais consentem, verificando-se deste modo, como um objetivo fundamental do pós-institucional sistema de saúde mental (Shutt & Rogers, 2009). Assim, é através do aumento das aptidões dos utilizadores de forma a comandarem os seus assuntos e deterem responsabilidades nas decisões que lhes concernem, que estamos perante um processo do movimento de empowerment (Shutt & Rogers, 2009). É sob esta forma que Linhorst, Hamilton, Young e Eckert (2002) apresentam como essencial para o processo de empowerment, que as pessoas com experiência de doença mental tenham uma participação activa no planeamento e decisões sobre o seu processo, apesar de, segundo os autores, para que esta oportunidade possa emergir será necessário desenvolver uma cultura organizacional que promova a partilha da tomada de decisões.

Deste modo, Maton (2008) define o conceito de empowerment, como sendo um processo colectivo e participativo de desenvolvimento, através do qual indivíduos e grupos, em situações de vulnerabilidade, ganham o controlo sobre as suas vidas e sobre o meio que os rodeia. Desta forma, adquirem recursos de valor e os seus direitos básicos, possibilitando-lhes atingir os seus objetivos de vida e reduzirem a sua situação de fragilidade social. Destaca-se ainda a definição deste conceito presente no modelo do processo de empowerment desenvolvido por Cattaneo e Chapman (2010), onde o poder é adquirido através da interacção com o contexto da sociedade, onde a pessoa define os seus objectivos significativos, actua com vista ao avanço dos mesmos, recorrendo à sua autoeficácia, conhecimentos, talentos, suportes e recursos comunitários (Cattaneo & Chapman, 2010; Cattaneo, Calton & Brodsky, 2014).

Segundo Ornelas (2008), é através da interacção entre os objectivos e competências dos indivíduos, grupos e comunidades, bem como a participação nos contextos da comunidade que se criam as condições para o empowerment ocorrer. O empowerment é um processo que pode ocorrer a nível individual, organizacional e comunitário. A nível individual, segundo Zimmerman (1995), o empowerment envolve a percepção individual de eficácia em alcançar os seus objectivos e a participação activa das pessoas na comunidade. O nível organizacional, segundo (Perkins e Zimmerman, 1995), diz respeito à promoção da participação dos seus membros nos processos e estruturas organizacionais, de forma a aumentar a eficácia em atingir objectivos com vista aos resultados. Finalmente a nível comunitário, o empowerment significa a participação dos cidadãos/ãs e organizações, no desenvolvimento e implementação de soluções para colmatar as necessidades identificadas, contribuindo colectivamente para a melhoria da qualidade de vida da comunidade (Perkins e Zimmerman, 1995; Ornelas, 2008).

Contextos comunitários promotores de empowerment

Os contextos comunitários promotores de empowerment contêm tanto o processo de empowerment, que inclui um sistema de suporte, a participação activa e a partilha de poder, como os resultados de empowerment, caracterizados pelo aumento de controlo, de capacidades e o acesso a recursos, pois a importância destes contextos, reside em parte, no seu potencial de integração social e do contributo para o desenvolvimento individual (Maton, 2008; Maton, Seidman & Aber, 2011; Javdani & Allen, 2011).

Matton (2008) considera que aumentando o número, o alcance e o impacto destes contextos comunitários, será possível aumentar a qualidade de vida e atingir a justiça social por parte dos grupos em situação de maior vulnerabilidade, pois estes contextos influenciam tanto os seus membros, como a comunidade e a sociedade em geral.

O processo de empowerment, no que concerne às pessoas com experiência de doença mental, segundo Maton & Brodsky (2011), ocorre nos contextos comunitários relevantes na vida dos membros destes grupos. Estas mudanças acontecem, primariamente a nível individual, onde os membros destes grupos ganham controlo sobre a sua vida pessoal do dia-a-dia, a que se refere o supramencionado empowerment individual. O estatuto do grupo na sociedade também sofrerá alterações, ganhando acesso a papéis sociais de valor, incluindo papéis de alto estatuto, podendo-se verificar um processo de empowerment social. Por fim, no que respeita a mudança na cultura e na sociedade mais alargada, dá-se um processo de

empowerment cívico, determinado pela aquisição dos direitos humanos básicos por parte deste grupo.

Com base na análise de Javdani e Allen (2011), que examinam as especificidades dos contextos promotores de empowerment, definem que o processo de empowerment ocorre quando engloba um sistema de suporte e quando concebe impacto que se estende a mudanças em níveis comunitários significativos. Afirmam que os contextos organizacionais são de grande importância na promoção do empowerment individual, particularmente através da participação dos utilizadores, na liderança destes mesmos, e no que respeita às características organizacionais da partilha do poder de decisão, concluindo que se promove mais o empowerment quando os membros se situam nas estruturas organizacionais mais elevadas dos contextos de suporte.

Deste modo, a influência dos contextos promotores de empowerment na mudança social e na melhoria das comunidades, ocorre segundo dois caminhos: um caminho directo, através de actividades externas destes contextos na comunidade, como é o caso da educação pública, do emprego em contexto natural, dos serviços comunitários, da mobilização de recursos e na defesa de políticas públicas; e um caminho indirecto, por via do impacto de membros *empowered*, pelo impacto verificável nas suas famílias, nas suas redes sociais, nas atitudes institucionais, nos programas desenvolvidos na organização e nas políticas nacionais (Maton, 2008; Maton, Seidman & Aber, 2011).

Deste modo, Peterson e Zimmerman (2004), definem empowerment ao nível organizacional como o esforço organizacional que implica a promoção do empowerment pessoal nos seus membros e como a eficácia organizacional necessária para atingir os objetivos. Maton & Salem (1995) concluem que as organizações comunitárias afiguram-se como contextos onde é garantida às pessoas a oportunidade de participarem activamente, de ganharem poder e acesso a recursos, assim como atingirem os seus objetivos pessoais. Posto isto, os contextos promotores de empowerment incluem o apoio na concretização de importantes objectivos de vida na comunidade, através de um processo activo e participativo destacando o controlo da própria vida e uma noção crítica do meio envolvente.

Desta forma, Ornelas (2007) refere que o sistema de suporte de uma organização de base comunitária de saúde mental, promotora de serviços de apoio habitacional, educacional e de emprego, baseia-se na teoria de empowerment, ou seja, contempla a influência dos utilizadores e a sua participação activa de modo a ocorrer uma melhoria de resultados do *Recovery* da doença mental. Este processo é possibilitado através do controlo pessoal do utilizador na tomada de decisões no que diz respeito à sua vida e pelo desempenho de papéis

significativos, quer a nível profissional, educacional ou familiar possibilitando uma vida activa na comunidade e na realização dos seus objetivos.

Organizações de base comunitária de saúde mental

As organizações de base comunitária surgem influenciadas pelas renovações que ocorreram no sistema de saúde mental. São caracterizadas pela influência da abordagem ecológica através do suporte providenciado aos utilizadores dos seus serviços, com vista a uma vida activa na comunidade, representada pela expansão das redes e suportes sociais assim como, pela intervenção promovida nos contextos naturais (Ornelas, 2007).

Numa análise ecológica dos diferentes níveis de relação entre o processo de empowerment e a saúde mental, Hall e Nelson (1996) e Nelson, Lord & Ochocka (2001), consideram que, num nível de micro sistema, os utilizadores destes serviços referem o suporte social interpares, de amigos, familiares e de profissionais como sendo de grande importância nas questões das suas experiências. Numa análise de nível meso, são consideradas como relevantes a partilha de uma visão comum entre a saúde mental e as organizações geridas por pessoas com experiência de doença mental, pois são passíveis de proporcionar a participação dos utilizadores assim como a implementação consciente e activa desta visão nas práticas do quotidiano. Finalmente, no nível macro de análise, reforçam a ideia da importância da participação significativa dos utilizadores destes serviços, na formulação de políticas, assim como nos próprios conteúdos de algumas destas políticas organizacionais, como é o caso dos serviços de ajuda mútua, habitacionais e de emprego, demonstrando-se, deste modo, de grande importância para o processo de empowerment e para a saúde mental.

Barrett et al. (2010) debruça-se sobre a relação existente entre a intervenção orientada para o *Recovery*, o processo de empowerment e a satisfação com os serviços para pessoas com experiência de doença mental. Anthony (1993) define *Recovery*, como possuir a habilidade de viver satisfeito e integrado na comunidade apesar dos desafios da experiência da doença mental e estabelece o processo de empowerment como sendo o mediador entre a intervenção orientado para o *Recovery* e a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde mental.

Deste modo, em Duarte (2007) e Nelson et al. (2001), o processo de empowerment, pessoal e coletivo, é essencial para o *Recovery* das pessoas com experiência de doença mental. Estes autores caracterizam o empowerment organizacional pela tolerância, respeito, confiança e pelo estabelecimento de relações colaborativas entre os diferentes intervenientes,

sendo apenas possível esta colaboração quando é salvaguardado às pessoas com experiência de doença mental, exercer o seu direito de realizarem as suas próprias escolhas e tomada de decisões no que respeita aos serviços e actividades que considerarem mais apropriadas aos seus objectivos.

Ornelas (2008) considera a existência de dois obstáculos principais à integração na comunidade. O primeiro é caracterizado pela segregação promovida pelos serviços às pessoas com experiência de doença mental, que cercam os seus participantes de profissionais e de pessoas com iguais problemáticas, ao invés de promoverem o aumento da diversidade e da ligação à família, amigos e à comunidade em geral. Este processo conduz a que as pessoas, mesmo presentes na comunidade, continuem a viver em ambientes segregados e a trabalhar em contextos fora do mercado competitivo de trabalho. O segundo obstáculo é o isolamento social, derivado dos profissionais dos serviços de saúde mental promoverem a dependência, não acreditando na possibilidade de autonomia das pessoas que utilizam dos seus serviços, não permitindo que pessoas com experiência de doença mental acedam a uma vida activa na comunidade. Posto isto, segundo Ornelas (2007), o acesso a papéis sociais significativos através de uma vida activa na comunidade representa um objetivo de grande importância para os serviços de saúde mental de base comunitária.

Habitação independente e empowerment

No que diz respeito à habitação independente, Ridgway, Simpson, Wittman e Wheeler (1994) sustentam que os utilizadores devem participar como “co-criadores” da sua própria casa, vivendo em situações que desejam e precisam, sendo possível, através da garantia que os utilizadores detenham a oportunidade de escolher o contexto das suas próprias casas, promovendo desta forma o empowerment. Wong & Solomon (2002) afirmaram que, através de habitações independentes e com apoio, as pessoas com experiência de doença mental, desenvolvem papéis e estilos de vida em contextos de vida normalizados, participando como membros integrados da comunidade.

Ornelas (2008) refere que a habitação é um direito fundamental e um contributo essencial para o bem-estar e para a integração na comunidade das pessoas com experiência de doença mental. A integração é possível através de programas que promovem a integração comunitária, como a abordagem da habitação apoiada, que garante o acesso a uma habitação independente e permanente providenciando serviços de suporte individualizados, assente nos

princípios da escolha de com quem e onde pretendem viver e do controlo da casa e serviços por parte das pessoas com experiência de doença mental.

Em Nelson, Sylvestre, Aubry, George e Trainor (2007) o aumento da escolha do controlo sobre a habitação e a qualidade da casa, consistente com a teoria de empowerment, contribui para uma melhor qualidade de vida. Este estudo também revelou que os utilizadores que vivem de forma independente nos seus próprios apartamentos, têm mais escolha e mais controlo em relação a utilizadores que vivem em residências de grupo.

Os resultados de investigação, em Sylvestre, Nelson, Sabloff & Peddle (2007) sobre a escolha e o controlo, referem que apesar do facto das pessoas com experiência de doença mental preferirem viver em habitações independentes, isto é, viverem por si próprios, a maioria não vive em habitações da sua escolha. Ridgway (2007) expõe que ter a própria casa representa um aumento em termos de qualidade de vida, de bem-estar individual e do empowerment das pessoas com experiência de doença mental, pois possibilita um maior nível de privacidade e liberdade individual, tanto ao nível do controlo sobre a casa, como ao nível das relações íntimas, familiares e sociais. Finalmente, Gulcur, Tsemberis, Stefancic e Greenwood (2007) sugerem que viver em casas normalizadas e independentes em locais dispersos na comunidade é um preditor significativo de integração social e recomendam que facilitar a escolha dos utilizadores sobre as suas vidas aumenta a autonomia, promovendo desta forma o empowerment. Jana, Ram e Praharaj (2014), consideram que para pessoas com experiência de doença mental, tanto o empowerment, como as competências de vida independente e o suporte social que daí advém, funcionam como mediadores para a melhoria da saúde mental.

Emprego e empowerment

Através da análise de investigações, o emprego apoiado possibilita o acesso a trabalho competitivo, bem como aumenta a qualidade de vida, a saúde mental e a inclusão social. O emprego permite que as pessoas com experiência de doença mental gozem dos mesmos benefícios que outras pessoas, como um salário, o uso de habilidades e talentos, cumprir as metas pessoais e ter uma actividade e um papel significativo na sociedade (Evans & Repper, 2000; Mueser et al, 2014; Becker, Drake e Bond, 2014).

Segundo Ornelas (2008), o emprego é uma forma de participação na comunidade e proporciona a oportunidade de integração. Apresenta benefícios a nível psicológico e económico, permitindo um melhor estilo de vida que conduz à realização pessoal. O modelo

de emprego apoiado, defende o acesso ao emprego de todas as pessoas, independentemente das suas problemáticas, garantindo o direito, a pessoas com experiência de doença mental, de trabalhar num contexto real e integrado, providenciando um sistema de suporte e de acompanhamento que contribui para a manutenção dos objectivos profissionais dos utilizadores.

Bejerholm e Bjorkman (2010) estudaram a relevância do empowerment no emprego apoiado e mostraram que as pessoas com experiência de doença mental que têm escolha e controlo no acesso a oportunidades de emprego, bem como apoio, apresentavam maiores níveis de empowerment e estavam mais integradas na comunidade. Lloyd, King & Moore (2010) verificaram que elevados resultados de empowerment estavam associados a uma maior participação na comunidade com os utilizadores empregados. Segundo Rogers et al. (1997), existe uma relação significativa entre pessoas com experiência de doença mental que se encontram a trabalhar em empregos integrados e o empowerment pessoal, pois devido ao rendimento salarial mensal é possível um maior optimismo e controlo sobre o futuro, uma melhoria da qualidade de vida e um aumento da satisfação com a mesma.

Dunn, Wewiorski e Rogers (2008) encontraram uma relação positiva entre o emprego e o empowerment num estudo com participantes com experiência de doença mental. Os autores salientam que o emprego oferece recompensas financeiras que contribuem para a autossuficiência e para a independência, promovendo a autoestima, o orgulho e o empowerment. Negrini, Corbière, Fortin e Lecomte (2014), sugerem que o processo de integração no mercado de competitivo de trabalho pode ser considerado como significativo para o *recovery* e para o bem-estar, pois possibilita a mudança de papel das pessoas com experiência de doença mental, de doente psiquiátrico para cidadão.

MÉTODO

I – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo faz parte de um projecto de investigação de maior escala, denominado: *Promoção das capacidades e a integração de pessoas com doença mental*, que tinha como objectivo conhecer como os serviços de saúde mental na comunidade promovem a capacitação e a integração social das pessoas com doença mental, sobretudo relativamente aos seus objectivos de habitação, emprego e em diversas outras áreas sociais. Este projecto de investigação foi dirigido pelo Professor Doutor José Ornelas, em colaboração com diversas

organizações e serviços de saúde mental e financiado pela FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia) (Ornelas, Aguiar, Sacchetto & Jorge-Monteiro, 2012). Deste modo, seguindo as estratégias propostas por Miller e Shinn em 2005, de modo a estudar com sucesso programas de base comunitária, o ISPA-IU e a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial-AEIPS acordaram em criar uma parceria de investigação colaborativa, com o intuito de estudar os ganhos de capacidades individuais, a integração comunitária, o *recovery* e o empowerment (Ornelas, et al., 2012).

O estudo aqui apresentado é um contributo para o projecto de investigação, elaborado em cooperação com a AEIPS. No âmbito deste trabalho, enquadra-se a aplicação da *Empowerment Scale* versão portuguesa, aos participantes da AEIPS e a análise de como um contexto de saúde mental promove o Empowerment a nível individual no que concerne aos seus objetivos de habitação e emprego. Desta forma, o presente artigo é também parte integrante de um trabalho submetido a publicação em revista científica internacional.

O contexto da Associação para o Estudo e Integração Psicossocial – AEIPS

O contexto utilizado neste estudo, a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial – AEIPS, com uma vasta história de trabalho e investigação na área da saúde mental, promovendo capacidades individuais e integração comunitária inseridos no paradigma do processo de Recovery. É uma organização de saúde mental de base comunitária, que actua desde 1987 e foi criada por consumidores, profissionais e familiares com objectivo de desenvolver diferentes tipos de suporte promotores da integração na comunidade, desafiando a desinstitucionalização em Portugal (Ornelas, et al., 2012; Ornelas, Duarte & Jorge-Monteiro, 2014).

Nos seus últimos 10 anos, a aplicação da abordagem ecológica e da missão do *Recovery*, contribuiu para a transformação dos programas da organização para um serviço de saúde mental com uma orientação comunitária e para o suporte dos participantes com experiência de doença mental no que concerne à habitação, emprego e aumentar o acesso a recursos comunitários como escolas, centros de saúde e outras estruturas sociais. (Ornelas, et al., 2014).

AEIPS criou residências comunitárias, como uma solução habitacional para 21 adultos, que possuíam pouco ou mínimo suporte comunitário e também providencia suporte através de um programa de habitação apoiada para que os participantes possam ter a

oportunidade de escolher com quem e onde viver, tornando possível aos mesmos viverem em habitações individuais e de forma independente (Ornelas, et al., 2012; Ornelas et al., 2014).

O programa da AEIPS também centra a sua acção em providenciar apoio individualizado a pessoas que queiram obter um emprego na comunidade através de um programa de emprego apoiado, com a participação no desenho, implementação e avaliação dos utilizadores nos seus próprios projectos (Shinn, 2014; Jorge-Monteiro, Aguiar, Sacchetto, Vargas-Moniz & Ornelas, 2014). Neste programa, os participantes são individualmente integrados num conjunto não limitado de postos de trabalho, da sua escolha no mercado de trabalho regular na comunidade. O programa colabora com o trabalhador e o empregador, através de um suporte contínuo no local de trabalho, apoiando os seus participantes a atingirem os seus objectivos e a acederem a outros recursos comunitários (Ornelas, et al., 2012; Ornelas, et al., 2014; Shinn, 2014).

II – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Esta investigação tem como objectivo examinar a promoção do empowerment numa organização de saúde mental de base comunitária, a AEIPS. Mais especificamente, pretende-se verificar se existem diferenças significativas em termos de resultados de empowerment no que respeita à situação habitacional (i) e profissional (ii) dos participantes da AEIPS.

- (i) Viver de forma independente contribui significativamente para a promoção do empowerment?
- (ii) Estar integrado numa actividade profissional no mercado competitivo de trabalho contribui significativamente para a promoção do empowerment?

III – INSTRUMENTO

A *Empowerment Scale* (ES) foi publicada pela primeira vez pelo Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, criada por Rogers, Chamberlin, Ellison e Crean em 1997 e também conhecida por *Decision Making Scale*. Em 2010 foi validada por Rogers, Ralph e Salzer, passando de 28 itens para uma versão mais reduzida de 25 itens. A escala de empowerment usada no presente estudo é a versão portuguesa da *Empowerment Scale* (ES-PT) validada por Jorge-Monteiro e Ornelas (2014) (Anexo A).

Esta escala foi seleccionada para a presente investigação devido à sua concepção de forma participativa, que segundo Roger et al. (1997), foi criada com o objectivo de mensurar o empowerment definido exclusivamente por utilizadores de serviços de saúde

mental. Com a assistência de uma comissão de investigação, constituída por utilizadores de serviços e sob a direcção da autora Judi Chamberlin, foram então seleccionados líderes do movimento sobreviventes/consumidores, representativos das várias facções do mesmo e da sua diversidade, quer no que concerne ao género, ideologias, etnicidade, quer nas áreas do país onde residiam, com o propósito de encontrar um consenso acerca dos componentes essenciais do conceito de empowerment para as pessoas com experiência de doença mental (Rogers, et. Al., 1997; Hansson & Bjorkman, 2005; Corrigan, 2006; Yamada & Suzuki, 2007; Roger et al., 2014). A comissão de líderes delineou então 15 qualidades baseadas na sua definição de empowerment que estão na base da criação da escala e dos respectivos 5 factores:

1. *Possuir poder de tomada de decisão.* Abordagens mais tradicionalistas, assumem na forma dos profissionais, que os utilizadores carecem de capacidade de tomarem decisões ou ainda de tomarem decisões correctas, limitando deste modo, o número de decisões que os seus utilizadores são autorizados a realizar, nomeadamente no que diz respeito ao seu processo de tratamento no qual não têm qualquer escolha. Chamberlin (1997) defende que, deste modo, os participantes destes programas se encontram retidos em relações duradoras e altamente dependentes com os profissionais e acrescenta ainda que ninguém consegue a sua independência, sem que lhe seja garantida a oportunidade de tomar decisões importantes sobre a sua vida (Chamberlin, 1997).
2. *Ter acesso a informação e recursos.* De modo a que a tomada de decisão ocorra da melhor forma, não deve ser restringida qualquer informação e recurso ao utilizador, informação esta que sirva para balançar as consequências e as várias escolhas inerentes a estas decisões. Quando as pessoas ganham controlo sobre as suas próprias vidas, sobre o seu meio envolvente e ao adquirirem acesso a recursos de valor, torna-se possível alcançarem os seus objetivos de vida (Chamberlin, 1997).
3. *Realizar escolhas através de um leque extenso de opções.* Segundo a autora, uma escolha com significado pessoal não pode ocorrer apenas entre duas opções. É importante que a pessoa tenha a informação adequada e poder sobre a sua decisão, de modo a que possa escolher o que realmente pretende (Chamberlin, 1997).

4. *Assertividade*. Ter a possibilidade de defender as suas ideias e ir ao encontro dos seus desejos, de forma clara, são privilégios de que as pessoas sem diagnósticos podem beneficiar. Contudo, uma pessoa com experiência de doença mental, sendo assertiva e devido aos rótulos psiquiátricos, corre o risco de uma redefinição pela negativa desta mesma qualidade. Deste modo, é essencial que todas as pessoas possam reivindicar em função daquilo que desejam (Chamberlin, 1997).
5. *O sentimento de que uma pessoa pode marca a diferença*. Na construção da definição de empowerment, Judi Chamberlin (1997), refere como a esperança se revela como um elemento fundamental para a definição do empowerment, pois uma pessoa sem esperança dificilmente fará um esforço para tomar uma decisão ou criar uma mudança. No entanto, ainda se verifica a existência de profissionais de saúde mental que utilizam termos como “*crónico*” ou mesmo “*incurável*” e que ao mesmo tempo esperam que os seus utilizadores estejam motivados para agir na sua vida. Deste modo, uma pessoa com esperança acredita na possibilidade de mudanças futuras e em melhorias (Chamberlin, 1997).
6. *Aprender a pensar criticamente; desaprender o condicionamento; ver as coisas de forma diferente*. Este ponto no processo de empowerment diz respeito à reivindicação das histórias de vida, dos seus testemunhos pessoais, pois segundo a autora, no processo de diagnóstico e tratamento psiquiátrico, as pessoas vêm os seus testemunhos pessoais transformados em estudos de caso. Desta forma, ao desaprenderem este condicionamento e contemplarem as suas vidas de forma diferente, recuperam a sua noção pessoal de competência e o reconhecimento do seu poder relacional, muitas vezes inibido nas situações de tratamento (Chamberlin, 1997).
7. *Aprender sobre e como expressar a indignação*. Por vezes, utilizadores que expressam a sua indignação são considerados “fora do controlo” e/ou a “descompensar”, mesmo quando esta indignação é legítima, ou assim seria considerada perante a reação de uma pessoa considerada “normal”, sendo ainda um exemplo de como uma característica positiva se transforma em negativa assim que uma pessoa é diagnosticada. Desta forma, Chamberlin reforça enunciando que, devido à restrição da expressão saudável da indignação, é comum para as pessoas com doença mental recearem a sua própria raiva e exagerarem o seu poder destrutivo. Desta forma, a autora, defende que aos utilizadores dos serviços de saúde mental deve ser garantida a oportunidade de

aprenderem sobre a raiva, a expressarem a mesma de forma segura e a reconhecer os seus limites.

8. *Não se sentir sozinho; sentir-se pertencente a um grupo.* Dentro da definição que esta comissão apresenta, Chamberlin, define a dimensão grupal como um elemento de extrema importância. Assim sendo, crê que o processo de empowerment não ocorre numa pessoa que esteja em situação de isolamento, mas sim através de um sentimento de conexão experienciado com outras pessoas (Chamberlin, 1997).
9. *Compreensão que as pessoas têm direitos.* O movimento dos consumidores/sobreviventes, pertence a um movimento mais alargado que visa o estabelecimento dos direitos legais básicos para as pessoas em situação de desvantagem, como por exemplo, os movimentos de minorias raciais e étnicas, das mulheres e de pessoas portadoras de deficiências. Desta forma, uma parte integrante de todos estes movimentos tem sido a luta pela igualdade de direitos, extremamente relevante pois, segundo a autora o sentimento de força e autoconfiança aumenta através do entendimento destes mesmos direitos (Chamberlin, 1997).
10. *Efectivar mudanças na sua vida e na sua comunidade.* Ao abrigo deste ponto a autora relembra que o empowerment é mais que um sentimento, é um precursor de acção, logo quando uma pessoa realiza uma mudança aumenta o seu sentimento de controlo, resultando na efetividade de mais mudanças, quer a nível pessoal quer a nível da dimensão grupal.
11. *Aprender habilidades que a pessoa considere importantes.* Neste ponto, Chamberlin, ressalva a importância da aprendizagem de competências por parte dos utilizadores dos serviços, muitas vezes subjugados a aprenderem habilidades definidas por profissionais e não pelos seus interesses. Posto isto, ao ser promovida a oportunidade aos utilizadores aprenderem o que consideram importante, garante-se a aprendizagem mais eficaz destas habilidades.
12. *Mudar as percepções dos outros em relação à competência e a capacidade de agir.* Devido ao estigma, as pessoas com diagnósticos psiquiátricos muitas vezes são consideradas incapazes de conhecer as suas próprias necessidades e de agir de acordo com as mesmas. Desta forma, quando as pessoas tomam controlo sobre a sua própria vida e agem em relação aos seus objectivos, segundo a autora, o utilizador reconhece o

ganho de respeito por parte do seu meio envolvente, aumenta a sua autoconfiança e contribui para a contínua mudança na percepções (Chamberlin, 1997).

13. *“Saindo do armário”*. Sobre esta questão é eleito um termo retirado do movimento LGBT, onde pessoas com o estatuto social desvalorizado, que podem esconder esse facto muitas vezes optam por o fazer. Contudo, esta mesma decisão acarreta com consequências na forma do decréscimo da autoestima, mas quando revelada a sua identidade, estas pessoas exibem autoconfiança (Chamberlin, 1997).
14. *Crescimento e mudança interminável e auto iniciada*. Com este ponto, Chamberlin, apresenta-nos o processo de empowerment como uma viagem e não como um destino (Chamberlin, 1997).
15. *Aumento de uma autoimagem positiva e superação do estigma*. A confiança e a capacidade são características que se manifestam numa pessoa que se torna mais empoderada, concebendo uma maior habilidade de gestão da sua própria vida e consequentemente uma melhoria da autoimagem. Desta forma, a identidade negativa internalizada do “doente mental” começa a mudar, tornando possível descartar a identidade negativa ou mesmo a sua redefinição em atributos positivos (Chamberlin, 1997).

O empowerment é medido em 5 factores: Auto-estima e auto-eficácia (Factor 1), poder e ausência de poder (Factor 2), activismo comunitário e autonomia (Factor 3), optimismo e controlo sobre o futuro (Factor 4), e direito à indignação (Factor 5). Esta escala construída por utilizadores criada por Roger et al. (1997) sugere três alicerces que caracterizam empowerment. O primeiro engloba a auto-estima e auto-eficácia, bem como o optimismo e controlo sobre o futuro, que é constituído pelo sentido de valor e de crença de que uma pessoa controla o seu destino e a sua vida. O segundo apoio é o poder, que é caracterizado pela importância das pessoas adquirem poder de decisão e terem escolha a partir de um leque não limitado de opções. Indignação justificada e ativismo comunitário constituem o terceiro alicerce, que inclui os componentes sociopolíticos do empowerment (Roger et al., 1997).

Nesta investigação foi utilizada o modelo refinado de 20 itens da versão de 25-Item da ES, por Jorge-Monteiro & Ornelas (2014) que segundo a sua análise factorial confirmatória, exclui os itens 2, 7, 15, 20 e 23, por todos apresentarem pouco peso. Desta forma, a versão portuguesa da ES (ES-PT) consiste em 20 itens numa escala de Likert de 4 pontos, variando

de discordo totalmente a concordo totalmente, incorporando os 5 factores divididos pela escala. Uma pontuação alta num factor da escala de empowerment corresponde a uma pontuação alta desse mesmo factor (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014). Os dados sociodemográficos dos participantes foram recolhidos através da aplicação de um questionário de caracterização individual do entrevistador (Anexo B).

IV – PROCEDIMENTO

A recolha de dados foi efetuada com o apoio da equipa do Projecto de Investigação, tendo decorrido ao longo do ano de 2012, dentro do espaço da AEIPS. Os participantes foram informados de que estava a ser conduzido um estudo de investigação, com o objetivo de conhecer como a AEIPS promovia o empowerment através dos seus diferentes serviços. Foi explicado que a participação no estudo era inteiramente voluntária e não influenciaria o apoio recebido na associação. Os participantes foram informados de que poderiam desistir de responder ao questionário a qualquer momento e caso tal ocorresse os dados já fornecidos não seriam usados na investigação. Por último foi explicado que todas as informações prestadas são confidenciais, não havendo divulgação de nomes ou dados individuais, mas apenas dados e conclusões gerais. Todos os participantes assinaram um consentimento informado (Anexo C).

V – PARTICIPANTES

Este estudo utiliza uma subamostra de uma amostra maior de um projeto de maior escala (Ornelas et al., 2012). 93 Pessoas aceitaram participar na presente investigação, com idades compreendidas entre os 21 -62 anos ($M = 40,80$; $DP = 9,061$), com diagnósticos de doença mental e utilizadores dos serviços da AEIPS. Os critérios da amostra foram de acordo com a idade (≥ 18), ter uma história pessoal de experiência de tratamento psiquiátrico ou internamento psiquiátrico, ser um participante nos serviços da AEIPS há mais de 6 meses e o consentimento de participação na investigação (Anexo D). A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes

Característica	<i>n</i> (%)
Género	

Feminino	29 (31.2)
Masculino	64 (68.8)
Diagnóstico psiquiátrico	
Esquizofrenia	55 (59.1)
Psicose bipolar	14 (15.1)
Depressão major	7 (7.5)
Outros diagnósticos psiquiátricos	17 (18.3)
Internamentos Psiquiátricos	
Nunca internado	27 (29)
Experienciou internamentos	66 (71)
Tempo a frequentar a AEIPS	
Menos de 6 meses	7 (7.5)
6 meses-2 anos	20 (21.5)
2-5 anos	29 (31.2)
6-10 anos	17 (18.3)
Mais de 10 anos	20 (21.5)
Situação habitacional	
Com membros da família	52 (55.9)
Residência de grupo	21 (22.6)
Habitação independente	14 (15.1)
Outra situação habitacional	6 (6.4)
Situação Profissional	
Empregado ou em estágio	18 (19.4)
Desempregado	33 (35.5)
A viver de pensões sociais	39 (41.9)
Voluntariado	3 (3.2)
Estado Civil	
Casado(a)/União de Facto	1 (1.1)
Co-habitando	4 (4.3)
Separado(a)	1 (1.1)
Divorciado(a)	6 (6.5)
Solteiro(a)	81 (87.1)
Grau de qualificação frequentado	
EB 1ºCiclo	3 (3.2)
EB 2ºCiclo	9 (9.7)
EB 3ºCiclo	26 (28.0)

ES	27 (29.0)
QualifProf	2 (2.2)
Licenciatura	21 (22.6)
Mestrado/Doutoramento	4 (4.3)
Outro	1 (1.1)

VI – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo caracteriza-se por um desenho de investigação descritivo, que pretende analisar de forma quantitativa se existem diferenças significativas em termos do empowerment (variável dependente), no que concerne a 2 grupos distinguidos por viverem ou não em habitações independentes (variável independente) e no que concerne, igualmente, às diferenças em 2 grupos, que se distinguem por estar ou não empregado (variável independente), em participantes de uma organização de base comunitária de saúde mental. Mais especificamente pretende-se verificar se os participantes que vivem de forma independente apresentam valores de empowerment significativamente diferentes dos participantes que vivem noutras situações habitacionais e verificar se os participantes integrados em actividades profissionais apresentam resultados de empowerment diferentes em comparação aos participantes desempregados ou a viverem de pensões sociais, procurando compreender em que medida o acesso das pessoas com experiência de doença aos direitos civis de habitação e emprego sugerem influenciar estatisticamente os seus resultados de empowerment.

VII – ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi efetuada através do *software* IBM SPSS Statistics 22. A fiabilidade da escala e subescalas foi analisada através do coeficiente de alfa de Cronbach para a consistência interna. Para a análise da normalidade dos dados foi usado o teste Kolmogorov-Smirnov, não sendo normal se o p-value for < 0.05 . Realizou-se ainda, a estatística descritiva para apurar a média e desvio padrão da escala e subescalas. Para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de empowerment dos participantes e: as variáveis demográficas; a variável se *vive numa habitação independente*; e a variável se *está numa actividade profissional* foram utilizados os testes não paramétrico para amostras independentes, Mann-Whitney U (2 Samples) para 2 grupos e o Kruskal-Wallis

para mais de 2 grupos, para analisar a existência de diferenças significativas na distribuição dos resultados ($p < .05$).

RESULTADOS

O processo de análise de resultados começou pela verificação da consistência interna do instrumento através do teste Alfa(α) de Cronbach (Anexo E). De acordo com Nunally (citado por Maroco & Garcia-Marques, 2006) um instrumento é qualificado como tendo fiabilidade apropriada quando $\alpha > .70$. Nesta investigação, o modelo refinado de 20 itens da versão de 25 itens da ES, demonstrou uma consistência interna muito satisfatória ($\alpha = .79$). A tabela 2 resume os resultados das respectivas subescalas, que variaram os alfas de Cronbach de inapropriada a boa consistência interna. O Factor 5 demonstrou uma consistência interna inapropriada, não sendo usado para implicações estatísticas de subescalas, a consistência interna da escala total, demonstra a ES-PT como uma medida válida e viável de utilização para avaliar o empowerment.

Tabela 2 – Alfa de Cronbach do instrumento

Escala	Itens	Alfa de Cronbach
ES-PT	20	.79
Fator 1	8	.86
Fator 2	2	.72
Fator 3	5	.69
Fator 4	2	.72
Fator 5	3	.45

Relativamente aos resultados da estatística descritiva geral dos dados, na tabela 3 apresentam-se as médias e os desvios-padrão dos resultados da escala para os 93 participantes.

Tabela 3 - Medidas de dispersão estatística do instrumento: média e desvio padrão

Escala	Média	Desvio Padrão
ES-PT	2.87	.34
Fator 1	3.07	.49
Fator 2	2.42	.79
Fator 3	3.31	.47
Fator 4	2.79	.79

Para a ES-PT verificamos que o empowerment, medido pela pontuação na escala de Likert entre 1 (Discordo Totalmente) e 4 (Concordo Totalmente) teve $M = 2.87$ ($DP = .34$). Mais especificamente e relativamente aos factores do empowerment medidos pela ES-PT, o fator 1 (Auto-estima e auto-eficácia) obteve $M = 3.07$; o fator 2 (Poder e ausência de poder) obteve $M = 2.42$; o fator 3 (Activismo comunitário e autonomia) registou $M = 3.31$; e por último o fator 4 (Optimismo e controlo sobre o futuro) registou $M = 2.79$. Os valores médios obtidos por cada item no questionário encontram-se também detalhados no Anexo F.

Para verificar se a escala e os seus factores possuem uma distribuição normal foi calculado o teste de Kolmogorov-Smirnov (Anexo G). Foi possível então verificar que a escala apresenta uma distribuição normal, ao contrário dos seus factores (1,2,3 e 4) que não apresentam uma distribuição normal. Desta forma, optou-se pela realização de testes não paramétricos, devido a não se verificarem as condições para a aplicação de testes paramétricos (Maroco, 2007). Para a comparação de funções de distribuição de uma variável em duas amostras independentes o teste Mann-Whitney, segundo Maroco (2007) é o teste não paramétrico adequado.

Posto isto, foram realizados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para averiguar diferenças significativas entre 2 ou mais grupos de amostras independentes em relação à distribuição dos resultados de empowerment. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis de diagnóstico psiquiátrico, internamentos psiquiátricos, tempo de frequência da AEIPS e grau de qualificação em relação aos resultados de empowerment, para ($p < .05$). O output dos resultados está presente no Anexo J.

Tendo como objectivo procurar analisar se existem diferenças significativas no empowerment percebido pelos participantes que estão integrados em habitações independentes (a) e que estão integrados em actividades profissionais no mercado competitivo de trabalho (b), procedeu-se a uma análise de resultados de empowerment através do teste Mann-Whitney.

Relativo à situação habitacional, foram criados dois grupos independentes a partir da mesma amostra de 93 participantes. Os participantes que se encontram a viverem com os familiares, em residências de grupo e em outras situações ($n=79$), o Grupo 1 (*Não*); e os participantes que vivem de forma independente ($n=14$), o Grupo 2 (*Sim*). Foram apuradas as principais características sociodemográficas de cada grupo, presentes na tabela 4 em baixo.

Tabela 4 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes por grupo: Outras situações habitacionais (Grupo 1) e habitação independente (Grupo 2)

Característica	<i>n</i> (%)		
	Amostra total <i>n</i> = 93	Grupo 1 <i>n</i> = 79	Grupo 2 <i>n</i> = 14
Género			
Feminino	29 (31.2)	25 (31.6)	4 (28.6)
Masculino	64 (68.8)	54 (68.4)	10 (71.4)
Diagnóstico psiquiátrico			
Esquizofrenia	55 (59.1)	45 (57)	10 (71.4)
Psicose bipolar	14 (15.1)	13 (16.5)	1 (7.1)
Depressão major	7 (7.5)	6 (7.5)	1 (7.1)
Outros diagnósticos psiquiátricos	17 (18.3)	15 (19)	2 (14.4)
Tempo a frequentar a AEIPS			
Menos de 6 meses	7 (7.5)	7 (8.7)	0 (0.0)
6 meses-2 anos	20 (21.5)	17 (21.6)	3 (21.4)
2-5 anos	29 (31.2)	21 (26.6)	8 (57.1)
6-10 anos	17 (18.3)	16 (20,3)	1 (7.1)
Mais de 10 anos	20 (21.5)	18 (22.8)	2 (14.4)
Estado Civil			
Casado(a)/União de Facto	1 (1.1)	1 (1.3)	0 (0.0)
Co-habitando	4 (4.3)	1 (1.3)	3 (21.4)
Separado(a)	1 (1.1)	1 (1.3)	0 (0.0)
Divorciado(a)	6 (6.5)	6 (7.5)	0 (0.0)
Solteiro(a)	81 (87.1)	70 (88.6)	11 (78.6)

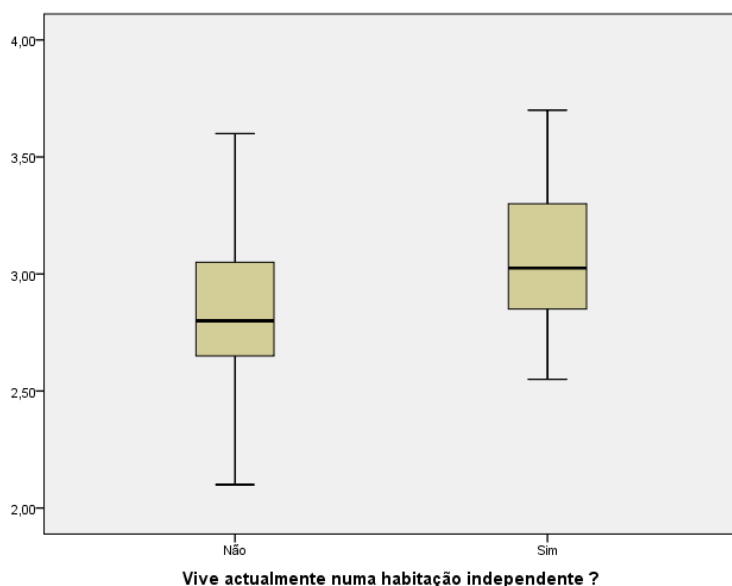
Através da aplicação do teste Mann-Whitney foi possível apurar que os participantes que vivem com os familiares, em residências de grupo e noutras situações habitacionais, o Grupo 1, apresentam resultados totais de empowerment inferiores aos participantes a viverem de forma independente, o Grupo 2. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($U = 362$; $W = 3522$; $p = .040$). A tabela 5 demonstra os resultados estatísticos do teste Mann-Whitney para os 2 grupos.

Tabela 5 – Resultados do Teste Mann-Whitney da situação habitacional

Teste	ES-PT
Mann-Whitney U	362,000
Wilcoxon W	3522,000
Z	-2,055
Sig. (2 extremidades)	,040

A figura 1 ilustra a distribuição dos resultados totais de empowerment encontrados nos 2 grupos relativo á situação habitacional.

Figura 1 – Diagrama de extremos e quartis dos resultados da ES-PT relativo à situação habitacional



O diagrama de extremos e quartis dos resultados de empowerment (1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente) das pessoas que vivem com os familiares, em residências de grupo e noutras situações habitacionais (*Não*) ($n = 79$) e as pessoas a viverem de forma independente (*Sim*) ($n = 14$). Através do diagrama é possível confirmar as diferenças significativas das medianas e das funções de distribuição relativa à escala total de empowerment (Anexo H).

No que concerne à situação profissional, foram criados dois grupos independentes a partir da mesma amostra de 93 participantes. Os participantes que se encontram empregados e em estágio profissional no mercado competitivo de trabalho ($n = 18$), o Grupo 1 (*Sim*); e os participantes desempregados, os participantes que vivem de pensões sociais e em voluntariado

($n = 75$), o Grupo 2 (*Não*). Foram apuradas as principais características sociodemográficas de cada grupo, presentes na tabela 6 em baixo.

Tabela 6 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes por grupo: Empregado ou em estágio (Grupo 1) e em actividades não profissionais (Grupo 2)

Característica	<i>n (%)</i>		
	Amostra total <i>n = 93</i>	Grupo 1 <i>n = 18</i>	Grupo 2 <i>n = 75</i>
Género			
Feminino	29 (31.2)	5 (27.8)	24 (32)
Masculino	64 (68.8)	13 (72.2)	51 (68)
Diagnóstico psiquiátrico			
Esquizofrenia	55 (59.1)	12 (66.7)	43 (57.4)
Psicose bipolar	14 (15.1)	1 (5.6)	13 (17.3)
Depressão major	7 (7.5)	1 (5.6)	6 (8)
Outros diagnósticos psiquiátricos	17 (18.3)	4 (22.2)	13 (17.3)
Tempo a frequentar a AEIPS			
Menos de 6 meses	7 (7.5)	0 (0.0)	7 (9.4)
6 meses-2 anos	20 (21.5)	4 (22.2)	16 (21.3)
2-5 anos	29 (31.2)	5 (27.8)	24 (32)
6-10 anos	17 (18.3)	4 (22.2)	13 (17.3)
Mais de 10 anos	20 (21.5)	5 (27.8)	15 (20)
Grau de qualificação frequentado			
EB 1ºCiclo	3 (3.2)	1 (5.6)	2 (2.7)
EB 2ºCiclo	9 (9.7)	1 (5.6)	8 (10.7)
EB 3ºCiclo	26 (28.0)	5 (27.8)	21 (28)
ES	27 (29.0)	5 (27.8)	22 (29.3)
QualifProf	2 (2.2)	1 (5.6)	1 (1.3)
Licenciatura	21 (22.6)	3 (16.7)	18 (24)
Mestrado/Doutoramento	4 (4.3)	2 (11.1)	2 (2.7)
Outro	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.3)

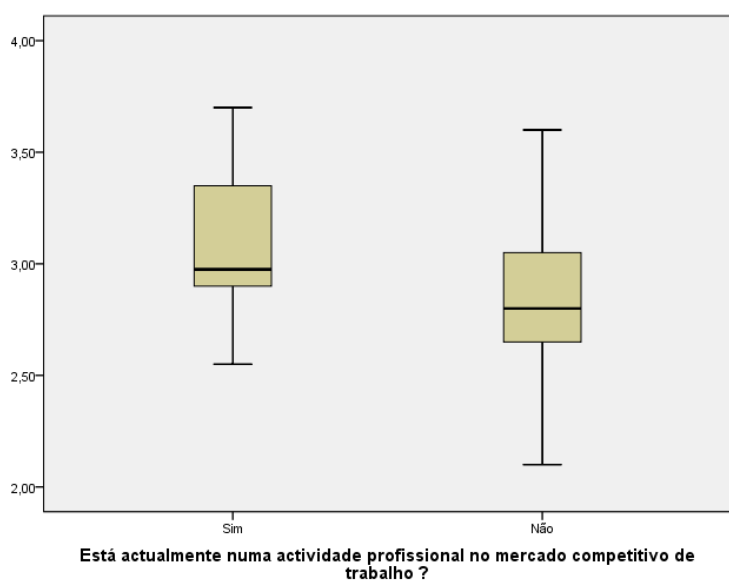
Através da aplicação do teste Mann-Whitney foi possível apurar que os participantes empregados e em estágios profissionais no mercado competitivo de trabalho, o Grupo 1, apresentam resultados totais de empowerment superiores aos participantes desempregados, a viverem de pensões sociais e em voluntariado, o Grupo 2. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($U = 422.5$; $W = 3272.5$; $p = .014$). A tabela 7 demonstra os resultados estatísticos do teste Mann-Whitney para os 2 grupos.

Tabela 7 - Resultados do Teste Mann-Whitney da situação profissional

Teste	ES-PT
Mann-Whitney U	422,500
Wilcoxon W	3272,500
Z	-2,459
Sig. (2 extremidades)	,014

A figura 2 ilustra a distribuição dos resultados totais de empowerment encontrados nos 2 grupos relativo à situação profissional.

Figura 2 – Diagrama de extremos e quartis dos resultados da ES-PT relativo à situação profissional



O diagrama de extremos e quartis dos resultados de empowerment (1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente) das pessoas empregadas e em estágios profissionais no mercado competitivo de trabalho (*Sim*) ($n = 18$) e as pessoas desempregadas, a viverem de pensões sociais e em voluntariado (*Não*) ($n = 75$). Através do

diagrama é possível confirmar as diferenças significativas das medianas e das funções de distribuição relativa à escala total de empowerment (Anexo I).

DISCUSSÃO

O presente estudo permite descrever, através de uma metodologia quantitativa, a relação que se estabelece entre a percepção do empowerment do participante e o acesso a habitações independentes, assim como ao mercado competitivo de trabalho. Através da análise dos resultados foi possível concluir que existem diferenças significativas nos resultados de empowerment nas pessoas integradas em habitações independentes e nas pessoas empregadas ou estágio no mercado competitivo de trabalho. Os resultados sugerem que o acesso individualizado a recursos escolhidos da comunidade (como a habitação independente e o emprego) promove o empowerment. Assim, relativamente às questões de investigação colocadas no início deste trabalho, verificamos o seguinte:

(i) Viver de forma independente contribui significativamente para a promoção do empowerment?

A análise dos dados recolhidos revela uma diferença estatisticamente significativa nos participantes integrados em habitações independentes, que demonstraram resultados de empowerment superiores em comparação com os participantes que vivem noutras situações, como em quartos, em casa de familiares (maioritariamente os pais) e em residências comunitárias.

(ii) Estar integrado numa atividade profissional, no mercado competitivo de trabalho, contribui significativamente para a promoção do empowerment?

Através da análise dos resultados, foi possível averiguar que os participantes empregados ou em estágio no mercado competitivo de trabalho, apresentam maiores resultados de empowerment, quando comparados com os participantes a viverem de pensões sociais, desempregadas ou numa situação de voluntariado.

Com o objetivo de compreender se existiam diferenças em termos do empowerment, em pessoas com experiência de doença mental, relativamente à sua situação habitacional e face à situação profissional, procedeu-se a uma análise destas diferenças. Desta forma, foi testada a comparação das funções de distribuição dos resultados de empowerment face às

variáveis viver numa habitação independente e estar integrado numa actividade profissional, medidas pelo instrumento e questionário utilizado. Procedeu-se a uma análise mais detalhada dos resultados discutidos à luz da literatura específica da área.

De uma forma global, a análise dos valores médios pode suportar a afirmação de que as organizações de base comunitárias de saúde mental podem ser promotoras de empowerment. Na presente investigação é possível verificar tal facto, devido ao nível da média de empowerment apresentado pelos 93 participantes ($M = 2,87$; $DP = 0,34$) da AEIPS. Este valor médio de empowerment encontra-se acima do ponto médio da escala, e é semelhante ao valor obtido no estudo de validação original ($M = 2,81$; $DP = 0,32$) por Rogers et al. (2010), bem como ao resultado da investigação com 161 utilizadores externos ($M = 2,69$; $DP = 0,38$) por Lloyd et al. (2010) e ao estudo transversal de 120 pessoas com experiência de doença mental ($M = 2,8$; $DP = 0,27$) na relação entre o empowerment e programas de emprego apoiado por Bejerholm & Bjorkman (2010).

Através da análise da literatura, uma organização promove o empowerment através da relação com a comunidade, desta forma é aumentado o impacto do empowerment, onde é garantido o ganho de poder às pessoas através da interacção com a comunidade. Esta participação na comunidade contribui para a melhoria da qualidade de vida, que ocorre pelo aumento da independência da pessoa quando toma decisões e controla a sua vida. Mais se acrescenta, que permite o desenvolvimento de competências de vida na comunidade, tornando possível às pessoas atingirem os objectivos por si definidos, controlando a sua vida e o que a rodeia, podendo assim colmatar e reduzir fragilidades sociais. Sendo assim, os serviços devem promover a escolha, o controlo, possibilitar para além da tomada de decisão, que as pessoas possam ter uma participação activa nas suas decisões e controlo sobre os serviços que recebem, que proporcionem na base da sua missão a integração na comunidade e o empowerment. (Rappaport, 1987; Rappaport, 1995; Perkins e Zimmerman, 1995; Zimmerman; 2000; Nelson et al, 2001; Corrigan, 2002; Linhorst, et al., 2002; Strack, et al., 2007; Maton, 2008; Shutt & Rogers, 2009 Cattaneo & Chapman, 2010; Cattaneo, et al., 2014)

Em relação à situação habitacional dos participantes, os resultados mostram que os participantes que vivem de forma independente apresentam maiores níveis de empowerment percebido do que os participantes que ainda vivem com familiares (principalmente os pais) ou em residências de grupo (Fig. 1). Esta diferença significativa sugere que viver de forma independente pode promover o empowerment, abrangendo diferentes elementos do

conceito, como o controlo dos participantes sobre as decisões relativas ao seu futuro e à escolha sobre suas vidas. Este resultado é consistente com resultados em Nelson et al. (2007), relativo ao controlo e escolha da habitação para pessoas com experiência de doença mental, onde o empowerment é sustentado, não só pela oportunidade dos utilizadores escolherem onde e com quem querem viver, mas também porque uma habitação independente possibilita aos utilizadores mais escolha e mais controlo do que aos participantes que vivem em residências de grupo. O programa de habitação apoiado da AEIPS fomenta que os utilizadores tenham a oportunidade de escolher onde querem viver e com quem, o que torna possível viver individualmente em casas independentes e em locais dispersos integrados na comunidade (Ornelas et al, 2012; Ornelas, et al, 2014). Ridgway (2007) reforça as diferenças que uma habitação independente oferece, e expõe que ter a própria casa possibilita um maior nível de privacidade e liberdade individual, tanto ao nível do controlo sobre a casa, como ao nível das relações íntimas, familiares e sociais, que residências de grupo não podem providenciar. Deste modo, viver numa habitação independente representa um aumento em termos da qualidade de vida, do bem-estar individual e do empowerment das pessoas com experiência de doença mental.

Outros elementos do empowerment analisados neste estudo, como resultado de viver de forma independente, é o aumento do sentido de eficácia pessoal e de auto-estima, o acesso aos papéis socialmente valorizados, como o de residentes ou vizinhos, e a outros recursos da comunidade. Estes resultados são consistentes com os resultados de Ridgway et al. (1994), que descrevem que ao contrário de contextos habitacionais quase institucionalizados, a habitação independente permite que cada pessoa personalize a sua própria casa. Por sua vez, permite o aumento da auto-estima, do estatuto social e também melhora a eficácia pessoal, bem como, possibilita a integração na comunidade dos participantes dos serviços de saúde mental, resultando na sua estabilidade residencial. No estudo conduzido por Yanos, Felton, Tsemberis e Frye (2007), os participantes que vivem individualmente são favoráveis a melhorar as suas interações sociais, por exemplo com os vizinhos, e a aumentar o seu sentido de pertença à comunidade. Na pesquisa qualitativa de Yanos, Barrow & Tsemberis (2004), as habitações independentes têm um grande contributo na melhoria da auto-estima, na esperança e aumento do interesse das pessoas em si mesmos e no que as rodeia. Ao contrário dos contextos de residência de grupo, dependentes da presença de profissionais, a habitação independente aumenta a privacidade, independência e a liberdade, permitindo às pessoas perseguirem os seus interesses.

Uma investigação recente, sobre as condições de habitação, realizada por Duarte & Ornelas (2008) no contexto da AEIPS, mostra que as pessoas gostariam de obter a sua própria casa e mantê-la de forma estável, devido principalmente a questões de privacidade e para obterem maior autonomia. A autonomia e a independência são componentes centrais da habitação independente, bem como elementos essenciais no conceito de empowerment. Estudando como habitação na área da saúde mental comunitária contribui para a integração e para a satisfação com a vida, Aubry, Flynn, Virley e Neri (2013) mostram-nos que os contextos de habitação independente promovem a autonomia, a individualização e os direitos das pessoas, permitindo desta forma, o desenvolvimento de habilidades de vida independente, o ganho de estatuto de residentes e um fácil acesso a outros recursos da comunidade.

Estudos conduzidos anteriormente encontraram resultados positivos para as pessoas com experiência de doença mental, que vivem em habitações independentes, tais como o bem-estar, a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a sensação de segurança e a integração na comunidade. Através deste estudo, propomos que o empowerment possa ser acrescentado a esta lista, tornando possível ser promovido através de habitações independentes e integradas na comunidade.

Analisando a relação entre o empowerment e a integração em actividades profissionais no mercado aberto e competitivo de trabalho, descobrimos que os resultados obtidos estão de acordo com as pesquisas realizadas e com as nossas expectativas. Pois, os participantes que desenvolvem actividades profissionais, pagas em empregos ditos normais, em empresas *mainstream*, apresentam níveis mais elevados de empowerment do que os outros participantes (Fig. 1). O emprego pressupõe salário, que por sua vez, traz estabilidade e a sensação de controlo sobre o futuro, que se apresenta como uma das razões porque as pessoas empregadas demonstram mais empowerment. No estudo original da escala de empowerment por Rogers et al. (1997), foi encontrada uma relação positiva entre o empowerment e as pessoas que se encontravam a trabalhar em empregos regulares, devido ao seu rendimento salarial mensal, pois este permite a melhoria da qualidade de vida e o aumento da satisfação com a condição de vida. Provencher, Gregg, Mead e Mueser (2002) examinaram o papel do trabalho em pessoas com experiência de doença mental, e descobriram que o emprego proporciona independência financeira, aumenta a sensação de auto-eficácia e é um meio para o “*self-empowerment*”. Lloyd et al. (2010) reforça a diferença entre as pessoas com experiência de doença mental que vivem de benefícios sociais e as pessoas integradas em empregos

remunerados, mostrando níveis mais elevados de empowerment as pessoas que se encontram empregadas.

As especificidades do programa de emprego apoiado da AEIPS, presente em 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 objetivos profissionais. De acordo com Chamberlin (1997) o poder é obtido pela importância da aquisição de tomada de decisão e pela escolha, a partir de um leque ilimitado de opções, sendo que, só é possível adquirir independência se a oportunidade de tomar decisões importantes sobre a vida de cada pessoa existir. 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).

O emprego aumenta a participação dos utilizadores na sociedade como cidadãos de plenos direitos, promovendo o empowerment. Em Ridgway (2001), o emprego é demonstrado como um meio para uma participação mais activa na vida, permite o ganho de optimismo em relação ao futuro e uma rotina diária positiva, aumenta a sensação de aceitação e de pertença à comunidade. Evans e Repper (2000) consideram que o trabalho é uma forma de ser respeitado e valorizado e é uma questão de direito e de cidadania, demonstrando como o emprego é um recurso fundamental para a inclusão social. Para Boardman, Grove, Perkins e Sheperd (2003) o emprego aumenta a adaptação social, a identidade e o estatuto social, assim como possibilita o sentimento de realização pessoal. Bejerholm & Bjorkman (2010) mostram uma relação positiva entre a importância de atividades diárias na vida em comunidade providenciados pelo acesso ao emprego e entre os elementos de auto-estima e auto-eficácia incorporados no conceito de empowerment. Logo, o empowerment resulta da interação das pessoas com experiência de doença mental com o contexto comunitário, em particular com o mercado competitivo de trabalho.

Os resultados desta investigação permitem indicar que as variáveis de habitação independente e de emprego podem ser cruciais na promoção do empowerment. Através deste estudo, sugerimos que o acesso a estes recursos valorizados da comunidade pode fomentar o empowerment através do aumento da independência, da autonomia, do poder de decisão,

controle e otimismo em relação ao futuro. Permite que as pessoas com experiência de doença mental tenham uma participação plena e activa na definição das suas metas, decisões, acesso a recursos de valor e conseqüentemente, possibilitando aos participantes operar mudanças na sua própria vida integrada na comunidade. De acordo com Chamberlin (1998), para alcançar a plena cidadania, a igualdade e a dignidade humana, é imperativo que às pessoas com experiência de doença mental seja garantido o acesso a recursos comunitários de valor, de forma a aumentar a sua independência e a melhorar a sua comunidade, promovendo desta forma o empowerment.

Limitações e sugestões para futuras investigações

O desenho deste estudo descreve e analisa os resultados de empowerment obtidos por participantes, num único momento e numa única organização. Com o objetivo de examinar diferenças significativas na comparação de amostras independentes, em relação à sua situação habitacional e em relação à sua situação profissional, considera-se pertinente a realização de um estudo do tipo experimental que contemple um maior número de participantes e um maior número de diferentes organizações, incluindo um grupo de controlo. Com o mesmo objetivo, sugere-se para investigações futuras um estudo do tipo longitudinal, podendo examinar com maior exatidão as relações de causa-efeito nas diferenças da promoção do empowerment em pessoas com experiência de doença mental, quer através do acesso a habitações independentes, quer no acesso ao emprego no mercado competitivo de trabalho.

Por fim, relatamos algumas considerações em relação aos níveis de consistência interna das subescalas do instrumento utilizado. Relativamente aos fatores da ES-PT foi verificado que o fator 5 teve os níveis de fiabilidade mais baixos ($\alpha=.45$), demonstrando-se como inapropriado para análises estatísticas, o fator 3 com o valor de ($\alpha=.69$) revelou um nível baixo de consistência interna e no limite do considerado apropriado, pois um instrumento é qualificado como tendo fiabilidade apropriada quando $\alpha \geq .70$ (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Tanto o fator 2 como o fator 4, apresentaram um nível de confiabilidade ligeiramente acima do apropriado ($\alpha=.72$). Desta forma, os fatores da ES-PT, não foram usados para análises estatísticas de subescalas impossibilitando uma análise estatística mais aprofundada dos resultados.

Contudo, este estudo vai ao encontro das propostas de mudanças transformativas na área da saúde mental comunitária, sugerindo que os serviços de saúde mental promovam o acesso dos seus utilizadores à participação na comunidade através de habitação independente

e do emprego *mainstream* (Nelson, Kloos e Ornelas, 2014). Os resultados deste estudo apoiam a habitação independente e o emprego como alavancas para o empowerment das pessoas com experiência de doença mental. Mais se sugere, que os serviços comunitários de saúde mental promovam o acesso dos seus participantes à manutenção de uma habitação independente e ao emprego, de forma a contribuírem para uma melhor eficácia das suas práticas na promoção do empowerment. Com essas práticas orientadas para a comunidade, as organizações de saúde mental podem apoiar as pessoas com experiência de doença mental a viverem e a trabalharem na comunidade como cidadãos *empoderados*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health services system in the 1990's. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16 (4), pp. 11-23.
- 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
- Barret, B., Young, S., Teague, G. Winarski, J., Moore, K. & Ochshorn, E. (2010) Recovery Orientation of Treatment, Consumer Empowerment, and Satisfaction with Services: A Mediational Model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol. 34, Nº 2, 153-156.
- Becker, D. R., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2014). The IPS supported employment learning collaborative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 79-85.
- 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

- Cattaneo, L. B. & Chapman, A. R. (2010). The process of empowerment: A model for use in research and practice. *American Psychologist*, 65, 646-659. doi: 10.1037/a0018854
- Cattaneo, L.B., Calton, J.M., & Brodsky, A.E. (2014). Status quo versus status quake: Putting the power back in empowerment. *Journal of Community Psychology*, 42(4), 433-446
- Chamberlin, J., Rogers, J.A. & Sneed, C.S. (1989). Consumers, families, and community support systems. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 12(3), 94-106.
- Chamberlin, J. (1997) A Working Definition of Empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol. 20, Nº 4, 43-46.
- Chamberlin, J. (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 405-408.
- Concelho Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Relatório do plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal. Retirado a partir de http://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2011/06/RELAT%C3%AERIOFINALComiss%C2%8Bo-ree-estrutura%C3%A7%C3%A3oSM_ABRIL2007.pdf
- Corrigna, P. (2002) Empowerment na Serious Mental Illness: Treatment Partnerships and Community Opportunities. *Psychiatric Quarterly*. Vol. 73, Nº3.
- Corrigan, P. W. (2006). The impact of consumer-operated services on the empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57, 1493-1496.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25(1), 127-133.
- 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, 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., Stefanic, A. & Greenwood, R. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of Homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 211-228.
- Hall, G. B. & Nelson, G. (1996). Social networks, social support, personal empowerment and the adaptation of psychiatric consumers/survivors: path analytic models. *Social Science and Medicine*, 43, 1743-1754.
- Hansson, L., & Bjorkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish Version of an empowerment scale. *Nordic College of Caring Sciences*. 19, 32-38.
- Jana, A. K., Ram, D. & Praharaj, S. K. (2014). Empowerment and its associations in schizophrenia: A cross-sectional study. *Community Mental Health*, 50, 697-701. Doi: 10.1007/s10597-014-9729-4.
- Javdani, S. & Allen, N. (2001) Councils as Empowering Contexts: Mobilizing the Front Line to Foster Systems Change in the Response to Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 48. 208-221.
- 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. & Ornelas, J. H. (2014). Properties of the Portuguese version of the empowerment scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems*, 8:48.
- Lloyd, C., King, R. & Moore, L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study. *Internal Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229.
- Linhorst, D., Hamilton, G., Young, E. & Eckert, A. (2002) Opportunities and Barriers to Empowering People with Severe Mental Illness through Participation in Treatment Planning. *Social Work*. Vol. 47, N°4.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa.
- Maton, K. (2008) Empowering Community Settings: Agents of Individual Development, Community Betterment, and Positive Social Change. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 41.
- Maton, K. & Brodsky, A. (2011). *Empowering Community Settings: Theory, Research, and Action*. Empowering Settings and Voices for Social Change. Oxford University Pres. Inc. New York
- Maton, K. & Salem, D. (1995). Organizational Characteristics of Empowering Community Settings: A Multiple Case Study Approach. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 23, No 5, p 631-652.
- Maton, K., Seidman, E. & Aber, M. (2011). *Empowering Settings and Voices for Social Change: An Introduction*. Oxford University Pres. Inc. New York

- Mueser, K. T., Bond, G. R., Essock, S. M., Clark, R. E., Carpenter-Song, E., Drake, R. E. & Wolfe, R. (2014). The effects of supported employment in Latino consumers with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 113-122.
- National Council on Disabilities (2008, March). Inclusive livable communities for people with psychiatric disabilities. Retrieved from <http://www.ncd.gov/publications/2008/03172008>
- Negrini, A., Corbière, M., Fortin, G. & Lecomte, A. (2014). Psychosocial well-being construct in people with severe mental disorders in supported employment programs. *Community Mental Health*, 50, 932-942. Doi: 10.1007/s10597-014-9717-8
- Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J. (2001) Empowerment and Mental Health in Community: Narratives of Psychiatric Consumer/Survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 11.
- Nelson, G., Kloos, B. & Ornelas, J. (2014). Transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (pp. 3-20). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. Oxford University Press.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L. & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*, 24, 89-100.
- Ornelas, J. (2007) Psicologia Comunitária. Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*. 1 (XXV): 5-11.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Fim de Século Edições, Sociedade Unipessoal, Lda. Lisboa.

- 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*. p (253-277) in Nelson, G., Kloos, B. & Ornelas, J. (2014). *Community Psychology and Community mental Health*. Oxford University Press.
- Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S. & Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132-144.
- Perkins, D. & Zimmerman, M. (1995) Empowerment Theory, Research, and Application. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 23, No 5.
- Peterson, N. & Zimmerman, M. (2004) Beyond the Individual: Toward a Nomological Network of Organizational Empowerment. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 34.
- Rappaport, J. (1987) Terms of Empowerment/exemplars of prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 15.
- Rappaport, J. (1995) Empowerment Meets Narrative: Listening to Stories and Creating Settings. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 23, No 5.
- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disabilities: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Ridgway, P. (2007, Mar.), *Supported Housing: Theory and Research*. Comunicação apresentada na conferencia Habitação Apoiada, Lisboa.

- Ridgway, P., Simpson, A., Wittman, F. D. & Wheeler, G. (1994). Home making and community building: Notes on empowerment and place. *The Journal of Mental Health Administration*, 21:4, 407-418.
- Rogers, S., Chamberlin, J.m Ellison, M. & Crean (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rogers, S., Ralph, R. & Salzer, M. (2010). Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 61(9), 933-936.
- Schutt, R. & Rogers, S. (2009) Empowerment and Peer Support: Structure and Process of Self-Help in a Consumer-Run Center for Individuals With Mental Illness. *Journal of Community Psychology*. Vol. 37. No 6.
- 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.
- Strack, K., Deal, W. & Schulenberg, S. (2007) Coercion and Empowerment of Individuals With Serious Mental Illness: A preliminary Investigation. *American Psychological Association*. Vol.4, No 2.
- Sylvestre, J., Nelson, G., Sabloff, A. & Peddle, S. (2007). Housing for People with Serious Mental Illness: A Comparison of Values and Research. *American Journal of Community Psychology*, 40, 125-137.
- 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.
- Yamada, S. & Suzuki, K. (2007). Application of empowerment scale to patients with schizophrenia: Japanese experience. *Psychiatric Clinic Neurosci*, 61(6), 594-601.

- Yanos, P. T., Barrow, S. M., & Tsemberis, S. (2004). Community integration in the early phase of housing among homeless persons diagnosed with severe mental illness: Successes and challenges. *Community Mental Health Journal, 40* (2), 133-150.
- Yanos, P. T., Felton, B. J., Tsemberis, S., & Frye, V. A. (2007). Exploring the role of housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health, 16*, 703- 717.
- Zimmerman, M. A. (1995) Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*, 581-599.
- Zimmerman, M. (2000) Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. Handbook of Community Psychology, edit by Julian Rappaport and Edward Seidman. Kluwer Academic. Plenum Publishers, New York.

ANEXOS (II)

Anexo A – Instrumento: ES-PT

ESTUDO		ISPA		FCT	
Promoção das capacidades e da integração de pessoas com doença mental		Instituto de Saúde e Psicologia da Universidade Nova de Lisboa		Fundação para a Ciência e a Tecnologia	
BUES-PT¹					
ID-ORG	[][][][]	ID-IND	[][][][][]	Data	/ /
<p>Abaixo encontra afirmações relacionadas com perspectivas de vida e tomadas de decisão. Não perca muito tempo em cada questão e seja verdadeiro(a) consigo mesmo(a), para que as respostas reflectam os seus verdadeiros sentimentos. Assinale com um círculo o número que melhor corresponde ao que sente em relação à frase.</p>					
		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.	Consigo determinar bastante bem o que acontecerá na minha vida.	4	3	2	1
2.	As pessoas têm mais poder se se juntarem num grupo.	4	3	2	1
3.	Ficar zangado(a) com alguma coisa nunca ajuda.	4	3	2	1
4.	Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a).	4	3	2	1
5.	Sou, habitualmente, confiante com as decisões que tomo.	4	3	2	1
6.	As pessoas não têm o direito de se zangar, só porque não gostam de alguma coisa.	4	3	2	1
7.	A maioria dos infortúnios, na minha vida, teve a ver com má sorte.	4	3	2	1
8.	Vejo-me como uma pessoa capaz.	4	3	2	1
9.	Levantar ondas nunca leva a lado nenhum.	4	3	2	1
10.	As pessoas a trabalhar em conjunto podem influenciar a sua comunidade.	4	3	2	1
11.	Habitualmente, sou capaz de ultrapassar barreiras.	4	3	2	1
12.	Sou, geralmente, optimista em relação ao futuro.	4	3	2	1
13.	Quando faço planos, estou quase certo (a) de ser capaz de os fazer resultar.	4	3	2	1
14.	Normalmente sinto-me sozinho(a).	4	3	2	1
15.	Os especialistas estão em melhor posição para decidir o que as pessoas devem fazer ou aprender.	4	3	2	1
16.	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	4	3	2	1
17.	Geralmente, concretizo o que me proponho a fazer.	4	3	2	1
18.	As pessoas devem tentar viver as suas vidas como querem.	4	3	2	1
19.	A maior parte do tempo, sinto-me sem poder.	4	3	2	1
20.	Quando não tenho a certeza sobre alguma coisa, normalmente, sigo o resto do grupo.	4	3	2	1
21.	Sinto que sou uma pessoa de valor tanto como qualquer outra.	4	3	2	1
22.	As pessoas têm o direito de tomar as suas próprias decisões, mesmo que sejam más decisões.	4	3	2	1
23.	Sinto que tenho algumas boas qualidades.	4	3	2	1
24.	Frequentemente, um problema pode ser resolvido agindo.	4	3	2	1
25.	Trabalhar com os outros, na minha comunidade, pode ajudar a mudar as coisas para melhor.	4	3	2	1

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

Anexo B - Caracterização Individual

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



Caracterização individual



Geral

- A. Nome do Serviço /Associação _____
- B. Identificação do Serviço /Associação _____
- C. Nome do entrevistador/a _____
- D. Data da entrevista _____ / _____ / _____
- E. Número de identificação do participante _____

Dados do entrevistado(a)

1. Data de nascimento _____ / _____ / _____
2. Sexo Homem Mulher
3. Conhece o seu diagnóstico de saúde mental atribuído pelo seu médico? Não Sim
4. Se sim, qual? _____
5. Quais os tipos de serviços de saúde mental que recebe actualmente?
(assinale os que se adequarem)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultas (psiquiatria ou psicologia) | <input type="checkbox"/> Medicamentação psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Unidade de dia no Hospital | <input type="checkbox"/> Centro de dia em Associação |
| <input type="checkbox"/> Habitação ind. / Apoio domiciliário | <input type="checkbox"/> Residência de grupo |
| <input type="checkbox"/> Emprego apoiado | <input type="checkbox"/> Emprego protegido |
- Outro. Qual? _____
6. Já alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? Não Sim
7. Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? Não Sim
Se sim, quantas vezes? _____
8. Para além do diagnóstico que referiu tem, ou teve, algum problema de abuso de substâncias ou de medicamentos? Não Sim
9. Frequenta as actividades ou serviços desta organização actualmente? Não Sim
10. Frequentou, ou frequenta, os serviços e actividades durante quanto tempo, aproximadamente?
 Menos de 6 meses 6 meses - 2 anos 2 - 5 anos 6 - 10 anos Mais de 10 anos

Anexo B - Caracterização Individual (Continuação)

ESTUDO					
Promoção das capacidades e da integração de pessoas com doença mental				Fundação para a Ciência e a Tecnologia	
Relacionamento e habitação					
11. Estado civil					
<input type="checkbox"/> Casado(a) / União de facto		<input type="checkbox"/> Co-habitando			
<input type="checkbox"/> Viúvo(a)		<input type="checkbox"/> Separado(a)			
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)		<input type="checkbox"/> Solteiro(a)			
12. Com quem vive?					
<input type="checkbox"/> Sozinho(a)		<input type="checkbox"/> Esposo(a) / parceiro(a)			
<input type="checkbox"/> Esposo(a) /parceiro(a) e filhos		<input type="checkbox"/> Filhos			
<input type="checkbox"/> Outros familiares (pais, irmãos, ...)		<input type="checkbox"/> Outros (sem parentesco)			
<input type="checkbox"/> Sem-abrigo					
Outro (qual?) _____					
Avalie, descrevendo o seu contexto habitacional (tipo de habitação, satisfação...) _____					

Qualificação e educação					
13. Qual é o seu maior grau de qualificação frequentado? (assinale na caixa uma opção)					
<input type="checkbox"/> Escolaridade básica 1º ciclo (antiga 4ª classe)					
<input type="checkbox"/> Escolaridade básica 2º ciclo (6º ano ou antigo preparatório)					
<input type="checkbox"/> Escolaridade básica 3º ciclo (9º ano ou antigo 5º do secundário)					
<input type="checkbox"/> Escolaridade secundária (10º, 11º e 12º)					
<input type="checkbox"/> Qualificação profissional (ex: um ofício ou uma competência como canalização ou cabeleireiro(a); trabalho de secretariado; etc.)					
<input type="checkbox"/> Licenciatura					
<input type="checkbox"/> Estudos Pós-Graduados (Mestrado ou Doutoramento)					
Outro (por favor especifique) _____					
14. É estudante actualmente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
15. Qual é a sua situação profissional (assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> Empregado/a		<input type="checkbox"/> Desempregado/a			
<input type="checkbox"/> Reformado/a de trabalho		<input type="checkbox"/> Pensão social ou RSI			
<input type="checkbox"/> Estagiário/a		<input type="checkbox"/> Voluntário/a			
Outro (especifique) _____					
Caso esteja empregado ou em estágio avalie descrevendo o seu contexto de trabalho (onde, função, como obteve, satisfação...) _____					

Anexo C - Consentimento de participação

ESTUDO
Promoção das capacidades e a Integração de pessoas com doença mental



Consentimento de participação

Nome do(a) participante _____ Idade _____

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

Autorizo que a minha entrevista seja gravada: Sim Não

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

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

Nota: Uma cópia do consentimento será copiada para o/a participante, uma para a equipa de investigação e uma será mantida no arquivo da instituição ou serviço colaborador.

Anexo D – Estatística Descritiva da Amostra (Tabela 1)

Tabela 1 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes

Característica	<i>n</i> (%)
Género	
Feminino	29 (31.2)
Masculino	64 (68.8)
Diagnóstico psiquiátrico	
Esquizofrenia	55 (59.1)
Psicose bipolar	14 (15.1)
Depressão major	7 (7.5)
Outros diagnósticos psiquiátricos	17 (18.3)
Internamentos Psiquiátricos	
Nunca internado	27 (29)
Experienciou internamentos	66 (71)
Tempo a frequentar a AEIPS	
Menos de 6 meses	7 (7.5)
6 meses-2 anos	20 (21.5)
2-5 anos	29 (31.2)
6-10 anos	17 (18.3)
Mais de 10 anos	20 (21.5)
Situação habitacional	
Com membros da família	52 (55.9)
Residência de grupo	21 (22.6)
Habitação independente	14 (15.1)
Outra situação habitacional	6 (6.4)
Situação Profissional	
Empregado ou em estágio	18 (19.4)
Desempregado	33 (35.5)
A viver de pensões sociais	39 (41.9)
Voluntariado	3 (3.2)
Estado Civil	
Casado(a)/União de Facto	1 (1.1)
Co-habitando	4 (4.3)

Separado(a)	1 (1.1)
Divorciado(a)	6 (6.5)
Solteiro(a)	81 (87.1)
Grau de qualificação frequentado	
EB 1ºCiclo	3 (3.2)
EB 2ºCiclo	9 (9.7)
EB 3ºCiclo	26 (28.0)
ES	27 (29.0)
QualifProf	2 (2.2)
Licenciatura	21 (22.6)
Mestrado/Doutoramento	4 (4.3)
Outro	1 (1.1)

Anexo E - Alfa de Cronbach do instrumento (Tabela 2)

Tabela 2 – Alfa de Cronbach do instrumento

Escala	Itens	Alfa de Cronbach
ES-PT	20	.79
Fator 1	8	.86
Fator 2	2	.72
Fator 3	5	.69
Fator 4	2	.72
Fator 5	3	.45

Anexo F - Tabela 3 - Medidas de dispersão estatística do instrumento

Tabela 3 - Medidas de dispersão estatística do instrumento: média e desvio padrão

Escala	Média	Desvio Padrão
ES-PT	2.87	.34
Fator 1	3.07	.49
Fator 2	2.42	.79
Fator 3	3.31	.47
Fator 4	2.79	.79

Anexo G – Output do SPSS do Teste de normalidade: Kolmogorov-Smirnov

Output 1 - do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ES-PT	,062	93	,200*	,990	93	,693
F1AuEf	,145	93	,000	,959	93	,005
F2RPoder	,142	93	,000	,947	93	,001
F3ActCom	,120	93	,002	,946	93	,001
F4OptCon	,139	93	,000	,941	93	,000
F5DirInd	,140	93	,000	,953	93	,002

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Anexo H – Análise dos resultados em relação à situação habitacional
(Tabela 4 e 5; Figura 1)**

Tabela 4 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes por grupo: Outras situações habitacionais (Grupo 1) e habitação independente (Grupo 2)

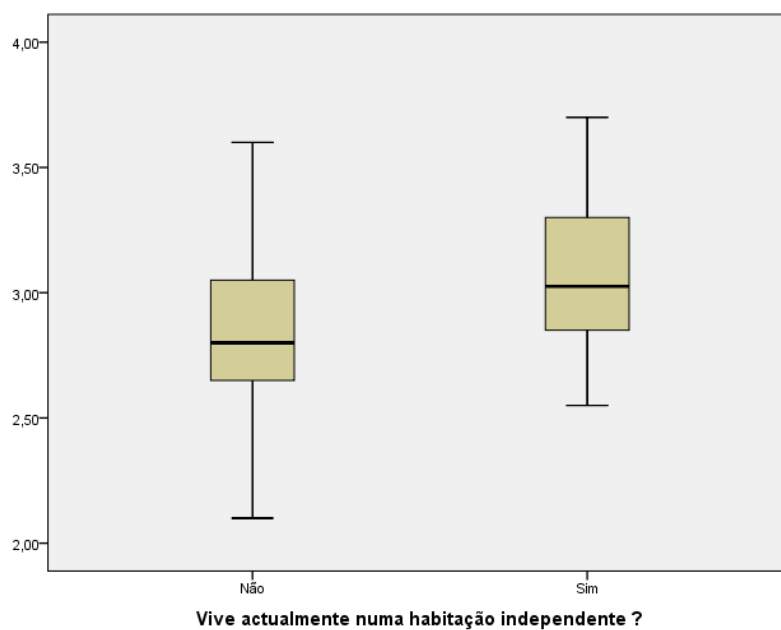
Característica	n (%)		
	Amostra total n = 93	Grupo 1 n = 79	Grupo 2 n = 14
Género			
Feminino	29 (31.2)	25 (31.6)	4 (28.6)
Masculino	64 (68.8)	54 (68.4)	10 (71.4)
Diagnóstico psiquiátrico			
Esquizofrenia	55 (59.1)	45 (57)	10 (71.4)
Psicose bipolar	14 (15.1)	13 (16.5)	1 (7.1)
Depressão major	7 (7.5)	6 (7.5)	1 (7.1)
Outros diagnósticos psiquiátricos	17 (18.3)	15 (19)	2 (14.4)
Tempo a frequentar a AEIPS			
Menos de 6 meses	7 (7.5)	7 (8.7)	0 (0.0)
6 meses-2 anos	20 (21.5)	17 (21.6)	3 (21.4)
2-5 anos	29 (31.2)	21 (26.6)	8 (57.1)
6-10 anos	17 (18.3)	16 (20,3)	1 (7.1)
Mais de 10 anos	20 (21.5)	18 (22.8)	2 (14.4)
Estado Civil			
Casado(a)/União de Facto	1 (1.1)	1 (1.3)	0 (0.0)
Co-habitando	4 (4.3)	1 (1.3)	3 (21.4)
Separado(a)	1 (1.1)	1 (1.3)	0 (0.0)
Divorciado(a)	6 (6.5)	6 (7.5)	0 (0.0)
Solteiro(a)	81 (87.1)	70 (88.6)	11 (78.6)

**Anexo H – Análise dos resultados em relação à situação habitacional
(Tabela 4 e 5; Figura 1) Cont.**

Tabela 5 – Resultados do Teste Mann-Whitney da situação habitacional

Teste	ES-PT
Mann-Whitney U	362,000
Wilcoxon W	3522,000
Z	-2,055
Sig. (2 extremidades)	,040

Figura 1 – Diagrama de extremos e quartis dos resultados da ES-PT relativo à situação habitacional



Anexo I – Análise dos resultados em relação à situação profissional (Tabela 6 e 7; Figura 2)

Tabela 6 – Estatística descritiva referente aos dados sociodemográficos dos participantes por grupo: Empregado ou em estágio (Grupo 1) e em actividades não profissionais (Grupo 2)

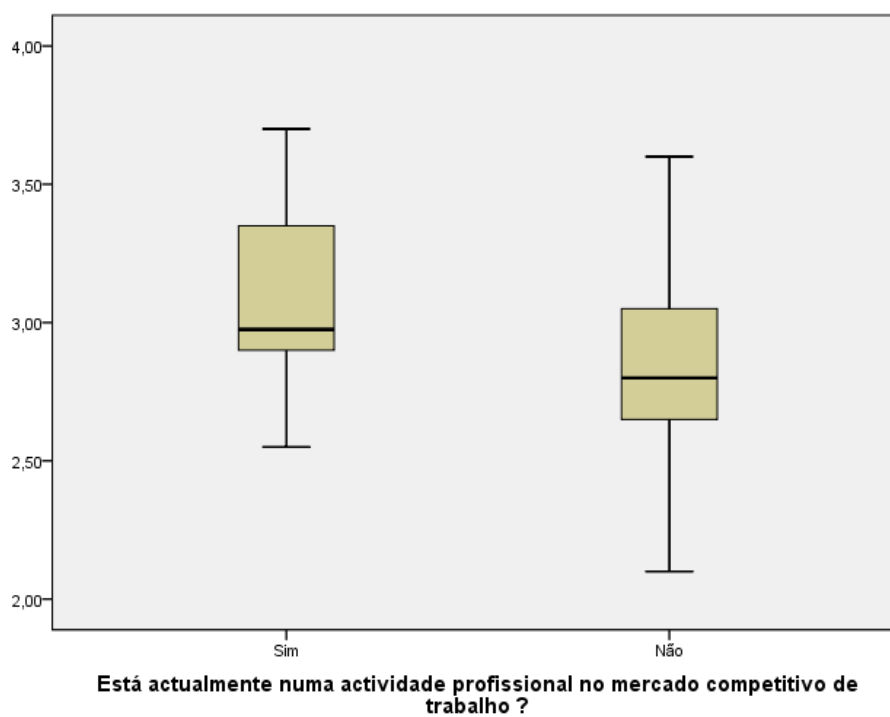
Característica	<i>n</i> (%)		
	Amostra total <i>n</i> = 93	Grupo 1 <i>n</i> = 18	Grupo 2 <i>n</i> = 75
Género			
Feminino	29 (31.2)	5 (27.8)	24 (32)
Masculino	64 (68.8)	13 (72.2)	51 (68)
Diagnóstico psiquiátrico			
Esquizofrenia	55 (59.1)	12 (66.7)	43 (57.4)
Psicose bipolar	14 (15.1)	1 (5.6)	13 (17.3)
Depressão major	7 (7.5)	1 (5.6)	6 (8)
Outros diagnósticos psiquiátricos	17 (18.3)	4 (22.2)	13 (17.3)
Tempo a frequentar a AEIPS			
Menos de 6 meses	7 (7.5)	0 (0.0)	7 (9.4)
6 meses-2 anos	20 (21.5)	4 (22.2)	16 (21.3)
2-5 anos	29 (31.2)	5 (27.8)	24 (32)
6-10 anos	17 (18.3)	4 (22.2)	13 (17.3)
Mais de 10 anos	20 (21.5)	5 (27.8)	15 (20)
Grau de qualificação frequentado			
EB 1ºCiclo	3 (3.2)	1 (5.6)	2 (2.7)
EB 2ºCiclo	9 (9.7)	1 (5.6)	8 (10.7)
EB 3ºCiclo	26 (28.0)	5 (27.8)	21 (28)
ES	27 (29.0)	5 (27.8)	22 (29.3)
QualifProf	2 (2.2)	1 (5.6)	1 (1.3)
Licenciatura	21 (22.6)	3 (16.7)	18 (24)
Mestrado/Doutoramento	4 (4.3)	2 (11.1)	2 (2.7)
Outro	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.3)

Anexo I – Análise dos resultados em relação à situação profissional (Tabela 6 e 7; Figura 2) Cont.

Tabela 7 - Resultados do Teste Mann-Whitney da situação profissional

Teste	ES-PT
Mann-Whitney U	422,500
Wilcoxon W	3272,500
Z	-2,459
Sig. (2 extremidades)	,014

Figura 2 – Diagrama de extremos e quartis dos resultados da ES-PT relativo à situação profissional



Anexo J – Outputs de SPSS dos resultados em relação ao Diagnóstico, Internamentos psiquiátrico, Tempo de frequência da AEIPS e Grau de qualificação

Output 2 - Resultados estatísticos do teste de Kruskal-Wallis relativo ao diagnóstico

Ranks

Se sim, qual?	N	Mean Rank
Esquizofrenia	55	44,55
Psicose Bipolar	14	53,32
ES-PT Depressão Maior	7	53,36
Outro	17	47,12
Total	93	

Test Statistics^{a,b}

	BUES20
Chi-Square	1,616
df	3
Asymp. Sig.	,656

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Se sim, qual?

Output 3 - Resultados estatísticos do teste de Mann-Whitney relativo ao internamento psiquiátrico

Ranks

Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico?		N	Mean Rank	Sum of Ranks
	Não	27	53,63	1448,00
ES-PT	Sim	66	44,29	2923,00
	Total	93		

Test Statistics^a

	BUES20
Mann-Whitney U	712,000
Wilcoxon W	2923,000
Z	-1,517
Asymp. Sig. (2-tailed)	,129

a. Grouping Variable: Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico?

Output 4 - Resultados estatísticos do teste Kruskal-Wallis relativo ao tempo de frequência da AEIPS

Ranks

Frequentou ou frequenta os serviços e actividades durante quanto tempo?		N	Mean Rank
	< 6m	7	34,57
ES-PT	6m-2a	20	44,85
	2a-5a	29	46,17

6a-10a	17	42,50
> 10a	20	58,53
Total	93	

Test Statistics^{a,b}

	BUES20
Chi-Square	5,773
df	4
Asymp. Sig.	,217

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Frequentou ou frequenta os serviços e actividades durante quanto tempo?

Output 5 - Resultados estatísticos do teste Kruskal-Wallis relativo ao grau de qualificação dos participantes

Ranks

Qual o seu maior grau de qualificação frequentado?	N	Mean Rank
EB 1ºCiclo	3	53,17
EB 2ºCiclo	9	53,00
EB 3ºCiclo	26	47,37
ES	27	45,31

QualifProf	2	75,50
Licenciatura	21	47,55
Mestrado/Doutoramento	4	22,38
Outro	1	40,50
Total	93	

Test Statistics^{a,b}

	BUES20
Chi-Square	6,354
df	7
Asymp. Sig.	,499

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Qual
o seu maior grau de
qualificação frequentado?