



ESTUDO DAS REDES SOCIAIS DE PESSOAS COM DOENÇA
MENTAL EM CONTEXTO DE MERCADO COMPETITIVO DE
TRABALHO

TATIANA SEABRA DE ALBUQUERQUE

Orientador de Dissertação

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ H. ORNELAS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Lisboa
2025

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

Agradecimentos

A realização deste trabalho seria impossível sem o apoio e a inspiração de muitas pessoas a quem gostaria de agradecer.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor José Ornelas, pelo seu apoio constante, pelas críticas construtivas e pela confiança depositada no meu trabalho ao longo de todo este percurso. Após um período afastada da área da Psicologia, foi a sua dedicação à área da saúde mental comunitária, o entusiasmo contagiante a transmitir os seus conhecimentos e experiência, e a forma como acolheu as minhas ideias que me motivaram e incentivaram durante todo este período. Esta reaproximação não teria sido possível sem o seu estímulo e encorajamento, pelos quais estou profundamente grata.

Gostaria também de agradecer à Dr^a Rita Silva da AEIPS, pela sua disponibilidade, acolhimento e colaboração na divulgação e marcação dos inquéritos. Todas as horas de trabalho investidas nas diversas reuniões que fomos tendo, no interesse demonstrado pela investigação e na partilha de experiência facilitaram de forma decisiva a recolha da amostra e contribuíram significativamente para a concretização deste estudo.

Quero também agradecer ao grupo de seminário de dissertação que tive o privilégio de conhecer e que ao longo de todas as semanas foi um exemplo de interajuda e companheirismo. Foi também com todas as suas opiniões, críticas e partilhas de informação que este trabalho foi enriquecido.

À minha mãe, pelo exemplo de perseverança, altruísmo e pelo apoio inabalável em todas as fases da minha vida. Ao Rodrigo pelo apoio incondicional na decisão de voltar a ingressar a vida académica. Aos meus filhos Madalena, Inês e Vasco por serem a minha inspiração constante e o motivo maior desta conquista. Ao Micas por me fazer acreditar que podemos sempre seguir os nossos sonhos, mesmo que pareçam irrealistas

Por fim gostaria de deixar um agradecimento especial a todas as pessoas que generosamente aceitaram participar no inquérito que serviu de base a este estudo. A vossa disponibilidade, honestidade e contributos foram essenciais para o desenvolvimento desta investigação, e o vosso envolvimento representa um verdadeiro compromisso com o avanço do conhecimento na área da saúde mental.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar de que modo a integração de pessoas com doença mental em contexto de trabalho competitivo, no âmbito de programas de emprego apoiado, influencia a frequência, a qualidade e a natureza das suas interações sociais. Pretendeu-se compreender se esta integração funciona não apenas como uma estratégia de inserção profissional, mas a um aumento e reforço das redes sociais, como um dispositivo de promoção da participação social, da inclusão comunitária e de *recovery*.

Realizou-se um estudo quantitativo, de natureza transversal, com uma amostra de 31 participantes com diagnóstico psiquiátrico, inseridos em emprego competitivo através de um projeto de emprego apoiado. Recolheram-se dados sociodemográficos, clínicos e profissionais, bem como informações relativas à perceção de disponibilidade e adequação das relações sociais e ao nível de participação em interações informais com colegas de trabalho e ao afeto positivo associado a essas interações.

Os resultados apresentaram uma perceção globalmente positiva da sua rede social, com níveis elevados de acesso a relações sociais e de satisfação com o apoio emocional disponível. Verificou-se também que, embora o nível de participação em interações sociais informais no local de trabalho tenha sido moderado, o afeto associado a essas interações foi elevado, sugerindo que as ocasiões de contacto informal no trabalho são vividas como experiências emocionais positivas e potencialmente integradoras. Constatou-se, adicionalmente, a existência de associações positivas e estatisticamente significativas entre a perceção de suporte social, sobretudo no domínio emocional, e o envolvimento em interações informais no trabalho, o que indica que redes sociais mais sólidas tendem a associar-se a maior participação social em contexto laboral.

De forma geral, os resultados obtidos sustentam a relevância do emprego apoiado enquanto contexto de inclusão social, ao evidenciar que o trabalho competitivo, pode contribuir para o reforço das redes suporte, para o aumento das oportunidades de contacto social significativo e, conseqüentemente, para a promoção do bem-estar e da integração comunitária de pessoas com doença mental.

Palavras-chave: Doença mental; Redes sociais, Emprego competitivo; emprego apoiado

Abstract

The present study aimed to examine how the integration of people with mental illness into competitive employment, within the framework of supported employment programs, influences the frequency, quality and nature of their social interactions. The study sought to determine whether this integration functions not only as a strategy for vocational inclusion but is also associated with the expansion and strengthening of social networks, operating as a mechanism to promote social participation, community inclusion, and psychosocial recovery.

A quantitative, cross-sectional study was conducted with a sample of 31 participants with a psychiatric diagnosis who were placed in competitive jobs through a supported employment project. Sociodemographic, clinical and occupational data were collected, alongside information on the perceived availability and adequacy of social relationships, the level of participation in informal interactions with co-workers, and the positive affect associated with those interactions.

The findings showed an overall positive perception of participants social networks, with high levels of access to social relationships and satisfaction with the emotional support available. It was also observed that, although the level of participation in informal social interactions at the workplace was moderate, the effect associated with these interactions was high, suggesting that informal contacts at work are experienced as emotionally positive and potentially integrative. In addition, positive and statistically significant associations were found between perceived social support – particularly emotional support – and involvement in informal workplace interactions, indicating that stronger social networks tend to be associated with greater social participation in the work context.

Overall, the results support the relevance of supported employment as a context for social inclusion, by showing that competitive employment can contribute to strengthening support networks, increasing opportunities for meaningful social contact and, consequently, promoting well-being and community integration among people with mental illness.

Key-words: mental illness; supported employment; competitive employment; social interactions

Índice

Introdução.....	1
Revisão de literatura.....	3
Integração Comunitária	4
A importância do Emprego Apoiado na integração comunitária	8
As Redes Sociais das pessoas com doença mental	15
As Redes Sociais e o Emprego Apoiado	19
Método	22
Objetivos e Questões de Investigação	22
Delineamento do estudo	22
Instrumentos	23
Procedimento.....	24
Participantes	25
Análise de Dados.....	25
Resultados.....	27
Caracterização dos Participantes.....	27
Características Psicométricas dos Instrumentos	29
Análise Correlacional.....	31
Análise das variáveis sociodemográficas	40
Discussão.....	35
Conclusão.....	45
Referências.....	50
Anexos.....	60

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos participantes	27
Tabela 2 - <i>Consistência Interna Alfa de Cronbach</i> do ISSI.....	29
Tabela 3 - <i>Medidas descritivas</i> do ISSI-SR	30
Tabela 4 - <i>Consistência Interna Alfa de Cronbach</i> do IWSI	30
Tabela 5 - <i>Medidas descritivas</i> do IWSI	30
Tabela 6 - Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre ISSI-SR e IWSI	32
Tabela 7- Coeficientes de correlação Spearman e as habilitações literárias.....	40
Tabela 8 - Comparação do ISSI-SR e IWSI, em função da situação habitacional	41

Lista de Figuras

Figura 1 – Instrumentos de medição da integração comunitária (EUA e Europa)	16
Figura 2 – Desenvolvimento do modelo de emprego apoiado	18

Introdução

Este trabalho insere-se no âmbito de uma tese de dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, e pretende ser um contributo para o estudo das redes sociais das pessoas com doença mental, integradas profissionalmente no mercado competitivo de trabalho, através da metodologia de Emprego Apoiado.

A integração social e comunitária de pessoas com experiência de doença mental continua a constituir um dos principais desafios colocados aos sistemas de saúde, às políticas sociais e, em particular, à psicologia comunitária. Apesar dos avanços verificados nas últimas décadas, nomeadamente com a transição de modelos de institucionalização para modelos comunitários, a literatura tem reiteradamente demonstrado de que muitas destas pessoas continuam a enfrentar barreiras significativas à participação plena na comunidade, entre as quais se destacam o estigma, o isolamento social e as dificuldades de acesso e permanência no mercado de trabalho (Davidson, Tondora, Staeheli, & O'Connell, 2009; Ornelas, 2015). Neste contexto, o trabalho tem sido identificado como um dos domínios essenciais de inclusão social, por permitir o exercício de papéis socialmente valorizados, o acesso a redes de relações naturais e a experiência de pertença e contributo social (Bond, Drake, & Becker, 2012; Luciano & Bond, 2017).

Os diversos estudos na área têm demonstrado de forma consistente que as pessoas com doença mental grave e persistente apresentam, habitualmente, redes sociais mais pequenas, menos diversificadas e menos recíprocas do que a população em geral, o que se associa a piores indicadores de qualidade de vida, menor integração comunitária e maior vulnerabilidade psicológica (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Wong & Solomon, 2002). A escassez ou fragilidade das redes sociais pode, por sua vez, comprometer a participação laboral e a manutenção do emprego, na medida em que o suporte social desempenha uma função protetora e facilitadora do envolvimento em contextos sociais exigentes (Cohen & Wills, 1985; Henderson, Duncan-Jones, Byrne, & Scott, 1980). Por outro lado, diversos autores têm salientado que a integração em contextos de vida normativos — como o trabalho competitivo — pode contribuir para o alargamento e fortalecimento das redes sociais, criando oportunidades de contacto, de pertença e de reforço identitário (Eklund, Bengtsson-Tops, & Lindstedt, 2007; Argentzell, Leufstadius, & Eklund, 2014).

Do ponto de vista teórico, a literatura é unânime que as redes sociais e o apoio social têm evidenciado uma grande importância para o bem-estar e recuperação psicossocial. As redes sociais fornecem recursos emocionais, instrumentais e informativos, e a sua qualidade está associada a melhores indicadores de saúde mental (Thoits, 2011). Vários modelos de *recovery* enfatizam que a integração em papéis sociais significativos, como o trabalho, contribui para identidade, autoestima e sentido de pertença (Anthony, 1993). Neste cenário, ao contrário de abordagens tradicionais, o modelo de Emprego Apoiado, assume um papel central, uma vez que parte do princípio de que a maioria das pessoas com doença mental quer e pode trabalhar em emprego competitivo, desde que disponha de apoio adequado e continuado, articulado com os serviços de saúde mental (Drake, Bond, & Becker, 2012). A evidência mostra que este modelo aumenta substancialmente as taxas de colocação e de manutenção do emprego, mas mostra também que o seu impacto ultrapassa o domínio estritamente ocupacional, abrangendo indicadores de integração social, autonomia e *recovery* (Bond et al., 2012; Drake et al., 2016). Diversos autores da área da psicologia comunitária têm igualmente sublinhado que o emprego, quando acompanhado, se constitui como prática de cidadania, potenciando relações de suporte, participação e *empowerment* (Ornelas, 2008, 2015; Vargas-Moniz, 2017; Luís Sá Fernandes, 2019).

Apesar desta evidência, mantém-se uma insuficiência teórica no que respeita ao impacto específico da inserção em mercado competitivo de trabalho nas redes sociais de pessoas com doença mental, em especial no que respeita à frequência, qualidade e natureza das interações informais em contexto laboral. Estudos internacionais têm mostrado que as interações informais com colegas — conversas espontâneas, momentos de humor, apoio no quotidiano laboral — são um forte indicador de inclusão organizacional e de bem-estar emocional, podendo mesmo mediar o efeito do emprego no *recovery* (Winslow, Sabat, Anderson, Kaplan, & Miller, 2019). Contudo, a literatura refere que em pessoas com doença mental, estas interações podem ser menos frequentes, quer por fatores individuais (sintomatologia residual, ansiedade social, receio de rejeição), quer por fatores contextuais (estigma, fraco clima de inclusão), o que torna particularmente relevante compreender que condições favorecem o seu surgimento e que papel desempenham na integração comunitária (Hultqvist, Markström, Tjörnstrand, & Eklund, 2018). No contexto laboral, não é apenas a presença no emprego que importa, mas também a natureza das interações sociais que nele ocorrem. Interações informais no local de trabalho promovem sentimentos de inclusão e funcionam como mecanismos de suporte social (Winslow, 2010).

Revisão de Literatura

A investigação na área da saúde mental evidencia, de maneira consistente, que o emprego exerce um impacto positivo na saúde, ao passo que o desemprego está relacionado com a sua deterioração (Rueda et al., 2012) e que o mesmo se aplica às pessoas com problemas de saúde mental. Tanto os investigadores como os decisores políticos concordam que o emprego constitui, simultaneamente, uma intervenção crítica em saúde mental e um resultado significativo para pessoas com perturbações mentais graves, como a esquizofrenia, a perturbação bipolar e a depressão (Knapp & Wong, 2020). Esta perspetiva está em consonância com os objetivos expressos pelas próprias pessoas e com os resultados efetivamente obtidos no emprego. Mesmo indivíduos com perturbações mentais graves relatam maior qualidade de vida, autoestima reforçada e redução da sintomatologia psiquiátrica quando se encontram empregados (Luciano et al., 2014).

Apesar deste reconhecimento, a aceitação de que o emprego é um determinante central da saúde mental — e de que deveria constituir um objetivo prioritário do tratamento — ainda não se traduziu em políticas eficazes, nem num aumento da taxa de emprego entre pessoas com perturbações mentais graves. Segundo (Drake, 2020), apenas cerca de 10–15% destes indivíduos estão efetivamente empregados nos Estados Unidos, Reino Unido e outros países de rendimento elevado. O paradigma biomédico dominante não conseguiu aumentar esta taxa, uma vez que a medicação, embora reduza frequentemente a sintomatologia, nem sempre se traduz em melhorias do funcionamento social (Percudani et al., 2004). No entanto, sabe-se que a integração laboral através do modelo de emprego apoiado pode permitir que a maioria das pessoas com transtornos mentais graves aceda a empregos competitivos (Metcalf et al., 2018). Defende-se, por isso, a necessidade de um paradigma em saúde mental que considere o apoio e acesso ao emprego como uma intervenção padrão. O emprego melhora a saúde mental e o bem-estar de pessoas com transtornos mentais graves, promovendo autoestima, controlo dos sintomas, qualidade de vida, relações sociais e integração comunitária, sem efeitos secundários prejudiciais (Drake et al., 2013). Nenhuma outra intervenção em saúde mental demonstra de forma consistente estes benefícios.

Neste contexto, os modelos Individual Placement and Support (IPS) e de Emprego Apoiado (EA) apresentam uma eficácia superior às abordagens vocacionais tradicionais. Revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados indicam que as pessoas com perturbações mentais

graves têm, com estes modelos, uma probabilidade de alcançar emprego competitivo próxima de 60%, o que corresponde a uma eficácia duas a três vezes superior à observada noutras intervenções ou reabilitações convencionais (Bond et al., 2020; Frederick & VanderWeele, 2019). Estes resultados têm sido replicados em diferentes países e em múltiplos diagnósticos, sustentando a generalização do modelo e a sua robustez empírica (Drake, 2020).

Integração Comunitária

A integração comunitária de pessoas com doença mental constitui um objetivo central das políticas de saúde mental contemporâneas, especialmente após a transição do modelo de institucionalização para abordagens baseadas na comunidade. Este conceito pode ser entendido como um constructo multidimensional que engloba a participação física em atividades comunitárias, a inclusão social em redes de apoio e relações interpessoais, e o sentido subjetivo de pertença e identidade comunitária (Wong & Solomon, 2002).

Wong e Solomon (2002) propuseram um modelo conceptual que destaca três dimensões fundamentais: integração física/participativa, referente à frequência e diversidade de atividades na comunidade; integração social/relacional, relacionada à qualidade das interações e ao reconhecimento de papéis sociais; e integração psicológica/sentido de pertença, que remete à identidade coletiva e à perceção de aceitação. Essas dimensões, contudo, não operam de forma isolada: são atravessadas por fatores individuais, como a severidade da sintomatologia e a autoestima; relacionais, como redes de suporte e interação com pares; e estruturais, como habitação, políticas de inclusão e oportunidades de trabalho (Baumgartner & Burns, 2014).

No campo pratico, o movimento do *recovery* tornou-se um princípio organizador que articula intervenções clínicas e sociais com o objetivo mais amplo de integração comunitária. A perspectiva *recovery-oriented* defende a centralidade da autonomia e da construção de uma vida significativa fora do sistema de tratamento, promovendo abordagens baseadas no suporte por pares, habitação inclusiva e emprego apoiado (Davidson & White, 2007). Assim, a integração comunitária é entendida não apenas como resultado do tratamento, mas como parte integrante do processo de recuperação.

Contudo, persistem barreiras significativas, sobretudo relacionadas ao estigma. A literatura refere que tanto o estigma público quanto o autoestigma contribuem para a exclusão social,

reduzindo oportunidades de trabalho, habitação e participação cívica. A internalização do estigma pode levar ao chamado *why-try effect*, isto é, à desmotivação de tentar alcançar objetivos sociais e profissionais devido à antecipação de rejeição (Corrigan, Larson, & Rüsch, 2009).

Estudos internacionais deparam-se com desafios metodológicos associados à medição da integração comunitária. Uma das principais barreiras é a ausência de consenso quanto às dimensões prioritárias a serem avaliadas, o que gera grande heterogeneidade entre os instrumentos disponíveis (Baumgartner & Burns, 2014). A operacionalização deste conceito, portanto, exige uma escolha consciente e crítica de indicadores que abarquem tanto aspetos objetivos (participação social, emprego e redes de suporte) quanto subjetivos (pertença, aceitação).

No contexto norte-americano e europeu, diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar essas dimensões, com diferentes níveis de validade e aplicabilidade. Tais instrumentos são fundamentais não apenas para pesquisas académicas, mas também para a avaliação de políticas públicas e programas comunitários.

Na figura 1 pode encontrar-se a sistematização dos principais instrumentos utilizados na literatura internacional e nacional.

Instrumento	País/ Origem	Dimensões avaliadas	Validade/Utilização reportada
Community Integration Questionnaire (CIQ) (Willer et al., 1994)	EUA	Integração em três domínios: doméstico, social e produtivo (trabalho/estudo)	Ampla utilização em populações com doença mental e lesão cerebral; evidência de validade de constructo e confiabilidade.
<i>Empowerment Scale</i> (ES) Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean (1997) ES-P	EUA (original) / Portugal (ES-P)	<i>Empowerment</i> em utilizadores de serviços de saúde mental: Autoestima/Autoeficácia, Poder vs. ausência de poder, Ativismo comunitário vs Autonomia, Otimismo e controlo do futuro	Versão portuguesa validada com utilizadores de organizações comunitárias (boa fiabilidade/validade)

(versão portuguesa)

Jorge-Monteiro, M. F.,
& Ornelas, J. (2014)

<i>Recovery Assessment Scale (RAS)</i> Escala original: Corrigan, Giffort, Rashid, Leary & Okeke (1999) RAS-P Validação portuguesa: Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. (2014)	EUA (original) / Portugal (RAS-P)	<i>Recovery</i> : metas/esperança; gestão de ajuda; relações interpessoais de suporte; vida para além dos sintomas	Modelo de 4 fatores; indicadores psicométricos adequados. Utilização ampla em estudos nacionais (p. ex., capacidades, <i>empowerment</i> , qualidade de vida).
Community Integration Measure (CIM) McCull, Davies, Carlson, Johnston & Minnes (2001)	Canadá	Integração percebida / pertença (10 itens; dimensão subjativa de participação/pertencimento comunitário).	Validado em múltiplos contextos europeus; boa fiabilidade inter avaliadores.
Sense of Community Index-2 (SCI-2) Chavis, Lee & Acosta (2008)	EUA	Sentido psicológico de comunidade: pertença, influência, satisfação de necessidades, ligação emocional partilhada.	Uso extensivo em psicologia comunitária; estrutura fatorial replicada em vários contextos.
Social Inclusion Scale (SIS)	Reino Unido	Inclusão social (relações, aceitação/pertença, acesso a atividades/recursos).	Boa consistência interna e validade de construto em saúde mental e artes/participação.

Secker, Hacking, Kent,
Shenton & Spandler
(2009)

Social Inclusion Questionnaire Experience (Huxley et al., 2012)	Inclusion User (SInQUE)	Reino Unido	Inclusão social percebida: emprego, educação, lazer, relações	Validado em contextos de serviços comunitários; sensível a mudanças em intervenções.
---	-------------------------	-------------	---	--

Figura 1: Instrumentos de medição da integração comunitária (EUA e Europa)

Estes estudos reforçam a relevância de abordagens centradas na comunidade e orientadas para o *empowerment*, enfatizando a participação ativa das pessoas, a reciprocidade relacional e a produção de contextos de pertença.

No contexto nacional, autores como Jorge-Monteiro & Ornelas (2016) demonstram que intervenções comunitárias orientadas para o *empowerment* — em contraste com modelos mais segregados ou institucionalizados — se associam a melhorias em indicadores de integração comunitária (por exemplo, participação social, produtividade e vida independente), bem como em dimensões subjetivas de *recovery* (metas pessoais e esperança) e de *empowerment* (autoeficácia e ativismo). Os autores, sustentam que a articulação de respostas — emprego apoiado, habitação e serviços de saúde mental comunitários — potenciam trajetórias de integração ao ancorarem a intervenção nos recursos e vínculos da própria comunidade (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2016).

Segundo Jorge-Monteiro & Ornelas (2016) este modelo contribui para uma conceção da integração comunitária enquanto processo transformador, que exige simultaneamente mudanças nos sistemas de apoio (práticas centradas na pessoa, participação de pares e mediação de contextos naturais) e o reconhecimento da pessoa como agente na definição e concretização dos seus projetos de vida. Esta perspetiva consolida a integração comunitária como eixo estruturante do *recovery* psicossocial, em que o desenho de políticas e intervenções orientadas para a expansão de oportunidades de participação e a promoção de cidadania plena.

A importância do Emprego Apoiado na Integração Comunitária

Depois de nas décadas de 50 e 60 se ter iniciado o processo de desinstitucionalização das pessoas com doença mental, a área da saúde mental deparou-se com novos desafios para integrar estas pessoas em contexto comunitário. Atualmente, e após vários progressos nesta área encara-se a integração comunitária como um princípio fundamental para a conceção de programas e serviços, o que exige que seja multidimensional e envolva uma presença física na comunidade, estratégias relacionais sustentáveis com outros membros da comunidade e o sentido de eficácia e pertença.

Neste contexto a integração das pessoas com doença mental no mercado de trabalho competitivo foi reconhecida como um dos pilares centrais da reabilitação psicossocial, sendo que se reconhece que o acesso ao emprego não só promove autonomia económica, como também contribui para a recuperação clínica, o aumento da autoestima e a redução do estigma (Becker & Drake, 2003). Historicamente, diferentes modelos foram propostos para responder às barreiras enfrentadas por esta população, refletindo mudanças nos paradigmas de saúde mental e políticas sociais.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com *Disability* (CDPD), adotada pelas Nações Unidas em 2006, representa um marco jurídico e político fundamental na promoção dos direitos humanos ao reconhecer que as pessoas com doença mental têm plenos direitos, e não são apenas destinatárias de medidas assistencialistas, promovendo uma abordagem centrada na dignidade, autonomia e participação ativa na sociedade (Nações Unidas, 2006).

Entre os princípios orientadores da CDPD destacam-se: o respeito pela dignidade inerente e pela autonomia individual; a não discriminação; a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; a igualdade de oportunidades; e a acessibilidade. A Convenção sublinha ainda o direito das pessoas com *disability* a viver de forma independente e a serem incluídas na comunidade, tendo acesso a serviços e apoio adequados.

Um dos principais contributos da CDPD é o seu alinhamento com uma perspetiva de direitos humanos, que rejeita o modelo médico tradicional da doença mental em favor de uma abordagem social e inclusiva. A CDPD constitui, assim, um instrumento fundamental para a

redefinição de políticas públicas, promovendo a igualdade e combatendo o estigma e a exclusão social das pessoas com deficiências e doenças mentais.

Em 2009, Portugal ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com *Disability*, comprometendo-se, assim, a alinhar a sua legislação e políticas públicas com os princípios estabelecidos neste instrumento internacional (Diário da República, 2009). Em Portugal esta ratificação teve impacto direto nas políticas de inclusão profissional, nomeadamente através do desenvolvimento de programas de EA, orientados por práticas individualizadas, centradas na pessoa e baseadas na comunidade. Estes programas visam garantir às pessoas com doença mental o acesso a experiências de trabalho significativas, com suporte técnico e social adequado, respeitando a sua vontade e preferências.

Em 2020, a Direção-Geral da Saúde, no Plano Nacional de Saúde Mental 2020–2030, destaca a necessidade de promover a empregabilidade de pessoas com experiência de sofrimento psíquico como uma das prioridades estratégicas da política de saúde mental, em alinhamento com os princípios da CDPD. O trabalho é aqui entendido não só como meio de subsistência, mas como fator essencial de identidade, inclusão e recuperação psicossocial.

Segundo Ornelas (2008), o desafio da saúde mental comunitária reside em garantir que pessoas em situação de desvantagem tenham acesso aos recursos da comunidade. Estudos como o de Taylor et al. (1987, cit. por Ornelas, 2008) apontam que a resposta às necessidades desses indivíduos deve privilegiar uma abordagem personalizada, contemplando o emprego, as relações interpessoais e a habitação.

Durante grande parte do século XX, predominou o modelo de reabilitação vocacional tradicional, baseado em oficinas protegidas e programas de trabalho segregado. A ênfase recaía no desenvolvimento de competências prévias em ambientes controlados, com pouca ou nenhuma ligação ao mercado competitivo (Anthony & Blanch, 1987). Esse modelo partia da premissa de que as pessoas com doença mental necessitavam de treino exaustivo antes de estarem “aptas” a enfrentar as exigências do mercado.

A filosofia subjacente, conhecida como *train-and-place*, estruturava-se na lógica de preparar primeiro, para depois integrar. Apesar de fornecer suporte básico e atividades ocupacionais, estudos revelaram que tais programas raramente resultavam em emprego

competitivo, permanecendo limitados em termos de inclusão social e mobilidade laboral (Drake et al., 1996).

Na segunda metade do século XX, emergiram programas transitórios, como o EA em ambientes parcialmente competitivos (*transitional employment*), onde os indivíduos ocupavam temporariamente postos de trabalho com supervisão intensiva e apoio contínuo (Bond et al., 1997). Este modelo, associado ao movimento das *clubhouses*, representava um avanço por proporcionar contacto direto com o mercado, mas mantinha uma natureza temporária e frequentemente não conduzia à efetiva integração laboral de longo prazo.

A viragem conceptual deu-se no final dos anos 70, nos Estados Unidos da América com o surgimento do modelo do EA competitivo, na sequência de um movimento internacional e que defende que todas as pessoas, incluindo as pessoas com doença mental, devem ter direito a um trabalho remunerado. Este modelo introduziu a filosofia do *place-and-train*: colocar rapidamente a pessoa no mercado de trabalho competitivo, de acordo com as suas preferências, e fornecer suporte individualizado e contínuo especificamente nesse mesmo local de trabalho (Bond, Drake, & Becker, 2012).

O termo EA significa trabalho competitivo em ambientes de trabalho integrados no qual os indivíduos estão em processo de alcançar trabalho competitivo, em conformidade com os seus pontos fortes, recursos, prioridades, necessidades, capacidades, aptidões, interesses e escolha informada dos próprios, para indivíduos com incapacidades, para quem habitualmente o emprego competitivo tenha sido interrompido por uma incapacidade significativa (Bond, 2004). A designação de emprego apoiado refere-se, simultaneamente, ao estatuto de possuir um emprego e à intervenção organizada através de um programa específico de apoio laboral.

No contexto das pessoas com doença mental grave, o EA constitui uma prática baseada em evidência, sustentada em resultados provenientes de estudos de conversão de tratamento hospitalar em EA, bem como de ensaios controlados aleatoriamente que compararam o EA com diferentes abordagens alternativas. Estas linhas de investigação indicam que entre 40% a 60% dos participantes envolvidos em programas de EA conseguem alcançar emprego competitivo. Em contraste, menos de 20% de indivíduos com características semelhantes conseguem integrar o mercado laboral tradicional na ausência de participação em EA (Bond, 2004).

Nas décadas de 80 e 90 este movimento foi-se desenvolvendo para além dos Estados Unidos da América, para outros países como Austrália, Canadá e em vários países da Ásia e da Europa, incluindo Portugal. Neste contexto, em 1993 surge a EUSE - European Union of Supported Employment, uma organização não governamental, com o objetivo de promover o modelo de EA, partilhando informação e as boas práticas, sendo uma plataforma de partilha de informação e boas práticas para que seus membros trabalhem em rede com outras associações e organizações a nível mundial.

Anos	País	
Final dos anos 70 início dos anos 80	Origem nos EUA	Após o período de desinstitucionalização iniciou-se o processo de implementação de novas estratégias como o <i>Place-then-train</i>
Décadas de 80 e 90	EUA	A legislação norte-americana passou a reconhecer e a financiar serviços de <i>supported employment</i> . As Emendas ao <i>Rehabilitation Act</i> (Public Law 102-569, 1992) incluíram definições e financiamento para serviços de emprego apoiado e projetos-piloto
Anos 90	Portugal	Marcam o início da implementação do modelo em Portugal, sendo de realçar o contributo da AEIPS
1992-1994	Portugal	Programa Horizon: - Foi um contributo decisivo para o desenvolvimento do modelo de EA em Portugal, o que permitiu projetos em parceria com outros países da Europa; - Deu origem à EUSE (1993) - European Union of Supported Employment, uma organização não governamental, reconhecida pela Comissão Europeia e que congrega e representa este movimento na Europa. -A dinâmica gerada por este projecto, levou à criação da Associação Portuguesa de EA (http://www.emploapoiado.com/).

1993	Portugal	Realizou-se a primeira Conferência de EA em Portugal, promovida pela AEIPS, com a participação de inúmeras representações de diversos países europeus e dos EUA
1999	EUA	Direito à integração comunitária: <i>Olmstead</i> (1999) A decisão da Suprema Corte dos EUA em <i>Olmstead v. L.C.</i> (1999) consolidou o princípio de que a institucionalização injustificada constitui discriminação e reforçou a obrigação pública de proporcionar serviços na comunidade — um marco que impulsionou políticas e práticas orientadas para inclusão laboral na comunidade
2004	Portugal	É criada a APEA - Associação Portuguesa de EA - Tem como objetivos o desenvolvimento e disseminação desta metodologia, investindo prioritariamente nas áreas da investigação, formação de técnicos e processos de melhoria e certificação da qualidade. A adesão das associações empresariais a esta organização tem vindo a permitir consolidar esta parceria estratégica fundamental e aprofundar as temáticas da diversidade e responsabilidade social das empresas
2006	Portugal	EQUAL – Esta iniciativa Comunitária (2006), veio alargar o modelo a outros grupos em situação de desvantagem.
2005-2007	Portugal	Projecto Nautilus – Iniciativa comunitária Equal - A missão deste projeto que foi designado EA (2006), é a generalização do modelo de EA, incrementando o acesso ao mercado aberto de trabalho de pessoas em situação de desvantagem.
2009	Portugal	Decreto-lei 290/2009 Define o regime de concessão técnica e financeira para o desenvolvimento das políticas de emprego e apoio à qualificação e consagra as várias modalidades de inserção profissional de pessoas com deficiências e incapacidades.
Atualmente	Portugal	EA constitui-se como um movimento internacional de defesa dos direitos humanos das pessoas com deficiência e

Figura 2 – Desenvolvimento do modelo de EA

No contexto português a AEIPS é associada da APEA - Associação de EA que congrega e representa todo o movimento internacional de EA, sendo esta membro da *European Union Supported Employment* – EUSE.

O conceito de EA foi-se consolidado como uma estratégia central na reabilitação de pessoas com doença mental grave, por combinar a inserção laboral com suporte contínuo e individualizado (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008). Dunn et al. (2008) evidenciam nos seus estudos que o trabalho não se limita a uma fonte de rendimento, mas constitui um elemento essencial de autoestima, autonomia e identidade social. Como referem, no mesmo estudo: “o emprego contribui significativamente para a recuperação, ao permitir que os indivíduos se sintam produtivos e incluídos na comunidade”. Estes resultados ilustram a importância de alinhar oportunidades laborais com necessidades e capacidades individuais, princípio central do EA. Além disso, os autores destacam que o envolvimento profissional pode reduzir o estigma internalizado e fortalecer a participação social, mostrando que o sucesso da inserção laboral depende de intervenções flexíveis e centradas na pessoa (Dunn et al., 2008). Assim, a experiência relatada pelos participantes reforça que o EA não facilita apenas a reintegração profissional, mas também atua como catalisador do processo de recuperação, promovendo benefícios psicológicos e sociais que transcendem o contexto laboral imediato.

Autores como Coelho e Ornelas (2010) evidenciam que o EA favorece não apenas o funcionamento ocupacional, mas também dimensões psicossociais relacionadas com relações interpessoais, autonomia e suporte social.

Segundo Mueser et al. (2014) os programas de EA demonstraram consistentemente resultados positivos para pessoas com doença mental grave, incluindo taxas mais elevadas de colocação laboral competitiva, manutenção do emprego e satisfação profissional, em comparação com serviços de emprego tradicionais ou outras intervenções vocacionais. Estes resultados reforçam a eficácia do modelo, consolidando-o como a intervenção baseada em evidência mais robusta para promover a inclusão laboral nesta população. A literatura indica ainda que o sucesso

desta integração não depende da gravidade da doença mental ou de fatores clínicos específicos, como diagnóstico ou história de hospitalizações, mas sim da implementação fiel do modelo e da adequação ao contexto individual do participante (Bond, Drake, & Becker, 2008). A personalização do apoio, a integração com os serviços de saúde mental e o acompanhamento contínuo são elementos críticos para maximizar os resultados.

É, no entanto, importante referir que os benefícios do EA não se limitam ao desempenho laboral, mas incluem também ganhos em autoestima, autonomia, inclusão social e qualidade de vida. Vários estudos sugerem que o trabalho desempenha um papel central na recuperação global, ao promover competências funcionais, redes sociais e bem-estar psicológico (Cook, 2006; Krupa, 2004).

Outro aspeto apontado por diversos autores é a articulação entre EA e educação apoiada, permitindo que as pessoas possam retomar percursos académicos e de formação profissional. Tal complementaridade amplia as oportunidades de progressão na carreira e responde às aspirações individuais de desenvolvimento (Coelho & Ornelas, 2010).

Contudo, alguns desafios devem ser tidos em conta, sendo um deles a necessidade de evitar uma dependência excessiva do suporte profissional, que pode limitar a autonomia do trabalhador. Por essa razão, a promoção de suportes naturais – colegas, supervisores e redes comunitárias – é vista como crucial para a sustentabilidade da integração (Coelho & Ornelas, 2010).

Importa sublinhar que, tal como referido anteriormente, apesar dos benefícios reconhecidos, a experiência laboral de pessoas com doenças mentais graves continua a ser afetada por barreiras estruturais e sociais, incluindo estigma, discriminação e a falta de recursos de apoio adequados (Mechanic, Bilder, & McAlpine, 2002; Mueser, Salyers, & Mueser, 2001). Nos estudos qualitativos (Provencher et al., 2002; Krupa, 2004) evidenciaram ainda que o significado do trabalho ultrapassa a mera obtenção de rendimento, constituindo um fator central de identidade, de propósito e de reintegração social.

Constata-se então que é consensual para a intervenção na área da saúde mental comunitária que o trabalho proporciona não apenas ganhos económicos, mas também estrutura, rotina e oportunidades de desenvolvimento de relações interpessoais significativas, facilitando a recuperação.

As Redes Sociais das pessoas com doença mental

As relações sociais humanas, também designadas como redes sociais — isto é, o conjunto de contactos interpessoais, tanto estruturais (número de laços, diversidade, frequência de interação) quanto funcionais (apoio emocional, instrumental, informativo) — têm um papel central no bem-estar psicológico.

As relações sociais e a participação em redes de suporte são fundamentais para a qualidade de vida e o funcionamento quotidiano de indivíduos com transtornos mentais (Salles, 2011). Estas redes podem incluir familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde, atuando como fonte de apoio emocional, instrumental e informativo. No entanto, os indivíduos com doença mental enfrentam, com frequência, desafios significativos na constituição e manutenção de redes sociais, devido ao estigma, à discriminação e à presença de sintomas que podem dificultar a interação social (Davidson et al., 2001). Se a literatura anterior demonstrava que a existência de uma rede social sólida contribui significativamente para o processo de recuperação, reduzindo o isolamento social e favorecendo a adaptação às exigências do quotidiano (Pescosolido, 1992; Cohen & Wills, 1985). Estudos recentes evidenciam que o fortalecimento das redes sociais constitui um fator determinante para a integração comunitária e para a promoção da *recovery* (Vargas Moniz et al., 2016). Ornelas et al. (2014) salientam que a participação em atividades comunitárias, assim como o acesso ao emprego, constituem estratégias eficazes para a expansão das redes sociais, promovendo o sentimento de pertença e a valorização social dos indivíduos. A promoção de redes sociais, bem como o acesso ao EA, constituem elementos centrais para a inclusão social de indivíduos com experiência de doença mental (Ornelas, et. al (2014).

Nas últimas décadas, a investigação é consensual ao demonstrar, de forma consistente, que as relações sociais exercem uma influência causal e multidimensional sobre a saúde mental (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015; Wang et al., 2017). Tem-se também verificado uma crescente consciencialização, entre decisores políticos e profissionais de saúde, de que as relações sociais exercem um papel determinante na saúde mental e no bem-estar psicológico (Wang et al., 2017). Paralelamente, os próprios utilizadores dos serviços de saúde mental atribuem elevada importância à qualidade das suas interações sociais e à perceção de pertença a redes relacionais significativas.

Diversos estudos têm demonstrado que as pessoas com doença mental apresentam níveis mais elevados de solidão e redes sociais de menor dimensão, quando comparadas com a população geral (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Meltzer et al., 2013). A literatura empírica identifica uma forte associação entre solidão e depressão (Cacioppo et al., 2006), comportamentos suicidas (Stickley & Koyanagi, 2016), perturbações de personalidade (Lam et al., 2018) e psicoses (Michalska da Rocha et al., 2018). Entre pessoas com doença mental grave, o isolamento social tem sido associado a níveis mais elevados de delírios (Sündermann et al., 2014), a dificuldades de *insight* (Lysaker & Leonhardt, 2012) e a uma maior utilização de serviços hospitalares (Morgan et al., 2016). Por outro lado, indivíduos que referem maior apoio social informal, tendem a apresentar melhor recuperação sintomática em condições psicóticas (Norman et al., 2005).

Como referido por Levitas et al., 2007 estudos anteriores tinham já aprofundado a conceptualização e a operacionalização de fenómenos próximos das relações sociais, nomeadamente a exclusão social e o capital social (De Silva, McKenzie, Harpham, & Huttly, 2005; Putnam, 2000), mostrando que a posição relacional dos indivíduos constitui um recurso ou, inversamente, um fator de vulnerabilidade. De forma pioneira, a revisão de House, Landis e Umberson (1988) identificou os principais mecanismos pelos quais as relações sociais influenciam a saúde, distinguindo elementos estruturais (tamanho e frequência de contactos) e funcionais (apoio emocional, instrumental e informativo).

Foi neste contexto que Wang et al. (2017) procuraram sintetizar os conceitos existentes, avaliar a coerência teórica entre diferentes modelos e propor uma estrutura conceptual integradora aplicável à investigação em saúde mental. Para além da clarificação terminológica (p. ex., distinção entre isolamento social, solidão, integração social e suporte social), essa revisão teve igualmente como objetivo identificar instrumentos de medida validados para cada domínio, destacando as escalas mais frequentemente utilizadas na avaliação do isolamento social e da solidão em populações com perturbações mentais. Este enquadramento oferece uma base sólida para que futuras investigações definam com precisão o constructo que pretendem avaliar e selecionem metodologias adequadas, promovendo maior consistência terminológica e comparabilidade internacional dos resultados. Em suma, a proposta de Wang et al. (2017) constituiu um contributo essencial para a clarificação conceptual e para a sistematização metodológica do estudo das relações sociais na saúde mental, ao oferecer um modelo operativo e multidimensional que distingue níveis objetivos e subjetivos da experiência relacional.

Mais recentemente, Pearce et al. (2023) sistematizaram a evidência disponível sobre as associações entre diferentes constructos relacionados com as relações sociais (solidão, isolamento social, suporte social, integração social) e diversas condições e sintomas de saúde mental. Os autores concluíram que as relações sociais devem ser entendidas como um determinante central da saúde mental, uma vez que défices relacionais — em extensão ou em qualidade — se associam de forma consistente a depressão, ansiedade, perturbações psicóticas e ideação suicida (Pearce et al., 2023). Em linha com o que havia sido previamente clarificado por Wang et al. (2017), esta revisão reforça que solidão e isolamento social não são fenómenos equivalentes: a solidão corresponde a uma experiência subjetiva de desconexão ou de insuficiência relacional (Hawkley & Cacioppo, 2010), enquanto o isolamento social remete para uma condição objetiva de baixa frequência de contactos e escasso envolvimento social (Zavaleta, Samuel, & Mills, 2014). A coexistência de ambas as dimensões parece potenciar o risco de agravamento psicopatológico, incluindo perturbações depressivas e psicóticas, bem como comprometer processos de recuperação (Donovan et al., 2017; Pearce et al., 2023).

Do ponto de vista metodológico, Pearce et al. (2023) evidenciam a necessidade de abordagens integradas que combinem, no mesmo desenho de investigação, medidas subjetivas (solidão percebida, adequação do apoio, pertença) e medidas objetivas (tamanho e densidade da rede, frequência de contacto), em consonância com o modelo conceptual de Wang et al. (2017). Tal integração é indispensável para compreender de que modo diferentes dimensões das relações sociais intervêm nos processos de vulnerabilidade, de coping e de *recovery* em saúde mental.

As implicações desta evidência apontam para a importância de intervenções psicossociais orientadas para a promoção de redes sociais e para o fortalecimento do capital social individual e comunitário, reconhecendo a solidão como um problema relevante de saúde pública (Fancourt & Steptoe, 2021). Paralelamente, políticas de prevenção e programas comunitários devem integrar estratégias que contrariem o isolamento social e favoreçam a reintegração de grupos particularmente vulneráveis, como pessoas com perturbações mentais graves, idosos ou indivíduos em situação de exclusão social (Badcock, Adery, Park, & Langdon, 2020).

A evidência sintética destes trabalhos converge com estudos específicos sobre populações clínicas. Lim, Eres e Peck (2018) evidenciaram que níveis mais elevados de suporte social e de integração social se associam a melhores resultados em saúde mental em jovens, incluindo menor

sintomatologia depressiva e ansiosa. Em contraste, constructos negativos como solidão persistente e isolamento social mostraram-se associados a maior prevalência e maior gravidade de sintomas depressivos e a pior prognóstico em perturbações mentais graves, o que é consistente com meta-análises que identificam o isolamento social como fator de risco e barreira à recuperação (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015).

Estes resultados estão em concordância com os referidos por Degnan et al. (2018), numa meta-análise conduzida com pessoas com diagnóstico no espectro da esquizofrenia, em que verificaram que redes sociais de menor dimensão se correlacionam de forma moderada com maior gravidade global de sintomas e, mais acentuadamente, com sintomas negativos, enquanto a associação com sintomas positivos foi menos consistente. Os autores identificaram ainda que redes sociais mais amplas estavam associadas a melhor funcionamento global, embora a evidência relativa a sintomas afetivos e qualidade de vida tenha sido menos uniforme (Degnan et al., 2018). Para além do tamanho, verificou-se que a diversidade estrutural e a densidade das redes tendem a ser inferiores em pessoas com doença mental quando comparadas com a população geral, o que pode limitar o acesso a recursos, dificultar a reintegração social e favorecer o isolamento (Degnan et al., 2018; Lim, Gleeson, Alvarez-Jimenez, & Penn, 2023). Em pessoas com psicose, têm sido descritos níveis significativamente mais elevados de solidão do que na população geral, bem como associações entre solidão e sintomas depressivos, negativos e de ansiedade (Lim et al., 2023).

Por fim, a dimensão subjetiva das relações — percepção de apoio e solidão — merece particular atenção. Wang, Mann, Lloyd-Evans, Ma e Johnson (2018), numa revisão longitudinal, analisaram estudos que avaliavam se níveis basais de apoio percebido e de solidão previam diagnósticos de saúde mental. Verificou-se que, em pessoas com perturbação depressiva, baixos níveis de apoio percebido prediziam maior gravidade sintomática, recuperação mais lenta e pior funcionamento social ao longo do tempo; resultados semelhantes, embora menos robustos, foram observados para perturbações de ansiedade e perturbação bipolar (Wang et al., 2018). A solidão, por sua vez, previu níveis mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos e menor probabilidade de remissão, mesmo após controlo da gravidade inicial (Wang et al., 2018). Estes resultados reforçam a tese central dos estudos de relações sociais em saúde mental: tanto as condições objetivas de participação como as avaliações subjetivas de ligação social devem ser consideradas determinantes essenciais da saúde mental e, por conseguinte, alvos fundamentais de intervenção.

Por oposição, na população sem diagnóstico psiquiátrico, redes sociais mais numerosas e apoio percebido maior estão fortemente associados a níveis menores de sintomas de depressão e ansiedade, maior satisfação com a vida, menor sensação de solidão, e melhor autorregulação emocional (Seabrook, Kern & Rickard, 2016).

Também é importante notar que existem lacunas metodológicas que limitam a generalização dos resultados. Muitos estudos são transversais, o que impede inferir causalidade ou direção temporal (por exemplo, se uma rede limitada é a causa a sintomatologia ou se os sintomas levam à diminuição da rede). Degnan et al. (2018) salientam que, embora existam alguns estudos longitudinais, eles são relativamente poucos e frequentemente com amostras pequenas ou restritas. Wang et al. (2018) também destacam a heterogeneidade dos instrumentos usados para medir tanto a estrutura das redes (quantidade de laços, diversidade) quanto as crenças subjetivas (apoio percebido, solidão), o que dificulta comparações diretas entre estudos.

Assim sendo, o padrão observado é que pessoas com doença mental tendem a ter redes sociais mais restritas, menor diversidade de laços estruturais, menor apoio percebido e níveis de solidão mais elevados, o que se associa com piora de sintomas, menor recuperação e pior funcionamento social. A população sem doença mental, por seu turno, apresenta, em média, redes mais amplas, maior apoio percebido e melhores desfechos de saúde mental, embora o uso das redes sociais digitais possa introduzir variabilidade nos efeitos.

As Redes Sociais e o Emprego Apoiado

As relações sociais são determinantes fundamentais da saúde mental e desempenham um papel central nos processos de *recovery*. De acordo com Lim, Eres e Peck (2018), dimensões como o suporte social e a integração social estão consistentemente associadas a melhores resultados psicológicos, incluindo redução de sintomas depressivos e de ansiedade. Em contrapartida, a solidão e o isolamento social são fatores de risco que agravam a sintomatologia e dificultam a recuperação (Lim et al., 2018; Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015).

Os indivíduos com doença mental enfrentam, com frequência, desafios significativos na constituição e manutenção de redes sociais, devido ao estigma, à discriminação e à presença de sintomas que podem dificultar a interação social (Davidson et al., 2001). A existência de uma rede social sólida contribui significativamente para o processo de recuperação, reduzindo o isolamento social e favorecendo a adaptação às exigências do cotidiano (Pescosolido, 1992; Cohen & Wills,

1985). Ornelas et al. (2014) salientam que a participação em atividades comunitárias, assim como o acesso ao emprego, constituem estratégias eficazes para a expansão das redes sociais, promovendo o sentimento de pertença e a valorização social dos indivíduos.

Neste contexto, o modelo de EA tem-se revelado uma intervenção eficaz, não apenas na obtenção de emprego competitivo, mas também como um mecanismo que favorece a ampliação das redes sociais e a integração comunitária. Estudos demonstram que a inserção laboral apoiada contribui para o desenvolvimento de relações sociais significativas, fortalece a autoestima e promove o sentido de pertença, constituindo um componente central do processo de recuperação psicossocial de pessoas com doenças mentais graves (Bond et al., 2023; Drake, Bond & Becker, 2023; Mueser, Salyers & Mueser, 2001). Assim, o EA emerge como uma estratégia multidimensional, que simultaneamente atende às necessidades económicas, sociais e psicológicas destes indivíduos, potenciando a sua autonomia e qualidade de vida.

Estes resultados relacionam-se diretamente com os objetivos do EA. Ao privilegiar a inserção em contextos de trabalho competitivo, este modelo cria oportunidades para o desenvolvimento de redes de suporte natural no local de trabalho — como colegas, supervisores, e relações profissionais — que são fundamentais para combater o isolamento (Coelho & Ornelas, 2010). Nesse sentido, a dimensão relacional do EA vai além da integração laboral, assumindo-se como catalisador de pertencimento comunitário e participação social.

A relação entre emprego, *recovery* e doença mental, em particular na esquizofrenia tem recebido crescente atenção na literatura de reabilitação psiquiátrica. O emprego é considerado não apenas uma fonte de sustento financeiro, mas também um componente essencial da identidade, autoestima e integração social de indivíduos com transtornos mentais graves (Krupa et al. 2004). Vários autores indicam que por exemplo, pessoas com esquizofrenia enfrentam taxas elevadas de desemprego e subemprego, frequentemente devido a barreiras estruturais, estigma social e sintomas da doença (Mueser, Salyers, & Mueser, 2001; Mechanic, Bilder, & McAlpine, 2002). Apesar desses desafios, as evidências sugerem que a integração no trabalho pode promover recuperação, funcionalidade e bem-estar psicológico. No entanto, o emprego de pessoas com esquizofrenia apresenta uma complexidade única, pois envolve a interação entre capacidades individuais, exigências laborais e adaptações organizacionais (Krupa, 2004).

De acordo com Bond, Drake, Mueser e Becker (2001), os efeitos positivos do EA não se limitam ao emprego em si, mas estendem-se à redução da sintomatologia psiquiátrica e ao aumento do bem-estar, em grande parte mediados pela criação de oportunidades de interação social significativa. Assim, o EA responde a um dos principais riscos identificados por Lim et al. (2018): a solidão como fator que agrava a psicopatologia.

Para além destes fatores, a integração laboral apoiada potencia também o *empowerment* e a recuperação pessoal, permitindo que as pessoas reconstruam a sua identidade social através de papéis valorizados, como o de trabalhador (Anthony, 1993; Drake & Bond, 2008). Tal enquadramento mostra que a efetividade do EA não pode ser analisada apenas em termos de inserção profissional, mas deve ser compreendida como uma intervenção que promove inclusão relacional e cidadania ativa, articulando-se com a evidência de que as relações sociais são pilares estruturantes da saúde mental.

Método

Objetivos e Questões de Investigação

O presente estudo foi desenvolvido com pessoas com doença mental, inseridas em mercado competitivo de trabalho, tendo por base a importância da integração laboral não apenas como um veículo para a inserção comunitária, mas pela importância que as integrações em mercados competitivos de trabalho têm ao proporcionarem o acesso a redes sociais mais alargadas. Assim sendo, o principal objetivo é avaliar quantidade e qualidade das redes sociais desta população e impacto desta integração tem nas mesmas.

Temos então as seguintes questões de investigação:

QI1: Como se caracteriza a rede social das pessoas com experiência de doença mental integradas em contexto de trabalho competitivo, em termos de acesso e satisfação com as suas relações sociais?

QI2: Qual é o nível de envolvimento em interações sociais informais no local de trabalho e das reações afetivas associadas a essas interações, em pessoas com experiência de doença mental integradas em contexto de trabalho competitivo?

QI3: Como se relacionam as características da rede social com o envolvimento em interações sociais informais no local de trabalho e com as reações afetivas que lhes estão associadas, em pessoas com experiência de doença mental integradas em contexto de trabalho competitivo?

QI4: Como se relacionam as características da rede social e o envolvimento em interações sociais informais no local de trabalho e reações afetivas associadas com as características sociodemográficas de pessoas com experiência de doença mental integradas em contexto de trabalho competitivo?

Delineamento do estudo

O presente estudo caracteriza-se por um estudo quantitativo, de inquérito por questionário, com delineamento transversal, dado que todas as variáveis foram avaliadas num momento único, de análise correlacional.

Este estudo pretende analisar as relações entre o redes sociais dos participantes, o envolvimento das interações sociais informais no local de trabalho e reações afetivas associadas às mesmas, relacionando-as também às características demográficas dos participantes.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico, Clínico e Profissional

Foi elaborado um conjunto de questões relacionadas com aspetos sociodemográficos (e.g., sexo, idade), clínicos (diagnóstico psiquiátrico) e profissionais (e.g., tipo e dimensão da empresa), com o objetivo de caracterizar os participantes e explorar possíveis relações dessas características com os dados relativos à rede social e à interação social informal no local de trabalho.

Interview Schedule for Social Interaction - Self-Rating (ISSI-SR)

O *Interview Schedule for Social Interaction* (ISSI-SR) (Undén & Orth-Gomér, 1989) é uma versão reduzida e de autorresposta do instrumento desenvolvido originalmente por (Henderson et al., 1980), que tem por objetivo a avaliação das interações sociais, relativamente à sua disponibilidade (quantidade) e à sua adequação (qualidade).

O instrumento é composto por 30 itens, distribuídos por quatro subescalas: Disponibilidade de Integração Social (AVSI), com 6 itens (e.g., “Quantas pessoas conhece que têm os mesmos interesses que os seus?”); Adequação da Integração Social (ADSI), com 8 itens (e.g., “Relativamente ao número de pessoas da alínea 1a, gostaria que fossem mais?”); Disponibilidade de Apego (AVAT), com 6 itens (e.g., “Existe alguém especial por quem se sinta apoiado?”); e Adequação do Apego (ADAT) com 10 itens (e.g., “Considera que o apoio das pessoas mencionadas na alínea 6a é adequado?”). Assim, estas subescalas permitem avaliar tanto contactos sociais (integração social) como relacionamentos emocionais (apego) dos inquiridos, no que respeita ao seu acesso (disponibilidade) e se este é percebido como suficiente (adequação).

Os itens são codificados em 1 (“Sim”) e 0 (“Não”), sendo as pontuações de cada subescala e da escala total calculadas através da soma dos itens que as compõem. Assim, as pontuações máximas possíveis são de 6, 8, 6 e 10 para as subescalas AVSI, ADSI, AVAT e ADAT, respetivamente, e de 30 para a escala total, sendo que pontuações mais elevadas refletem maior disponibilidade e/ou adequação de interação social.

A versão reduzida do ISSI-SR apresentou propriedades psicométricas adequadas, com uma consistência interna satisfatória (α a variar entre .63 e .76 para as subescalas) (Undén & Orth-Gomér, 1989). O instrumento evidenciou ainda consistência interna adequada e validade de construto quando aplicado junto de populações com diversas condições psiquiátricas (Eklund et al., 2007).

Informal Workplace Social Interactions (IWSI)

A *Informal Workplace Social Interactions* (IWSI) foi desenvolvida por (Winslow et al., 2019), com o objetivo de avaliar a frequência das interações sociais informais (não instrumentais) no local de trabalho e as reações afetivas a essas interações.

O instrumento é constituído por 16 itens, distribuídos por duas dimensões: a Dimensão Comportamental, avaliada através de 6 itens (e.g., “Fiz piadas no trabalho com pessoas da minha organização”); e a Dimensão Afetiva, composta por 10 itens (e.g., “Senti uma sensação de felicidade ao interagir com pessoas na minha organização de trabalho”). Deste modo, a Dimensão Comportamental permite avaliar o nível de envolvimento em interações sociais informais no contexto laboral, enquanto a Dimensão Afetiva avalia o afeto positivo associado a essas interações.

As respostas são dadas numa escala de Likert de 5 pontos, variando de “Nunca” (1) a “Muito frequentemente” (5) nos itens da Dimensão Comportamental, e de “Discordo totalmente” (1) a “Concordo totalmente” (5) nos itens da Dimensão Afetiva. As pontuações de cada dimensão são calculadas através da média aritmética dos itens que as compõem, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior envolvimento em interações sociais informais e maior afeto associado.

No estudo de desenvolvimento e validação da escala, realizado com duas amostras de trabalhadores americanos, a escala demonstrou boas propriedades psicométricas (Winslow et al., 2019). Os resultados evidenciaram consistência interna elevada para a Dimensão Comportamental ($\alpha = .89$), para a Dimensão Afetiva ($\alpha = .95$) e para o total da escala ($\alpha = .94$).

Procedimento

O recrutamento dos(as) participantes ocorreu, na AEIPS, uma vez que utiliza a abordagem do EA para promover a empregabilidade de pessoas adultas com experiência de doença mental. A AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial é uma organização não-governamental e sem fins lucrativos, que se dedica à promoção da inclusão social de pessoas com experiência de doença mental. O seu trabalho insere-se no âmbito da saúde mental comunitária, desenvolvendo respostas baseadas em princípios de *recovery*, reabilitação psicossocial e defesa dos direitos humanos. A intervenção da AEIPS caracteriza-se por uma abordagem centrada na pessoa, valorizando a sua autonomia e participação ativa na construção do seu projeto de vida.

Assim sendo, os profissionais da AEIPS, promoveram, tendo em conta os critérios de elegibilidade, o acesso aos participantes para a respetiva recolha dos dados. A recolha de dados foi efetuada de forma presencial através dos instrumentos atrás referidos.

Todos(as) os(as) participantes no estudo leram o consentimento informado e assinaram o formulário de consentimento de participação (Anexo 1). Os momentos de recolha de dados foram acompanhados por um ou mais elementos da equipa de investigação. A recolha de dados decorreu entre março e setembro de 2025.

A cada questionário foi atribuído, pela equipa de investigação, um número (código individual) e posteriormente entregue a cada participante de forma aleatória, de forma a garantir a confidencialidade.

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

Participantes

A amostra deste estudo foi selecionada por conveniência e composta por 31 participantes, sendo os critérios de inclusão: maiores de 18 anos, com história pessoal de experiência de doença mental e utilizadores dos serviços da AEIPS, local onde foi recolhida a amostra, por se tratar de uma instituição com foco na saúde mental e que promove a integração profissional e comunitária, na perspetiva da metodologia de EA.

Relativamente à definição da amostra foram incluídos na condição a trabalhar, os participantes integrados, aquando da recolha dos questionários, em contexto de trabalho competitivo, há mais de 3 meses e os que estivessem em estágio em contexto prático de trabalho, em empresas nas mesmas condições. Esta decisão teve como base a premissa já referida anteriormente que sustenta que a eficácia da integração no mercado de trabalho competitivo através do modelo de EA é muito superior à de outros modelos (Bond, 2004) e à importância dada por este modelo à formação prática desenvolvida nas empresas, em contexto do mercado competitivo.

Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software estatístico *IBM SPSS Statistics* para Windows (Versão 30).

Numa primeira fase, procedeu-se à análise da consistência interna das escalas utilizadas, nomeadamente o *Interview Schedule for Social Interaction - Self-Rating* - ISSI-SR e o *Informal Workplace Social Interactions* - IWSI, e das respetivas subescalas, através do coeficiente Alfa de Cronbach (α). Foram considerados aceitáveis valores iguais ou superiores a .70 (Field, 2018). De seguida, realizaram-se análises descritivas para cada subescala e para o total das escalas, tendo sido calculadas médias (M) e desvios padrão (DP), com o objetivo de caracterizar a rede social, o nível

de envolvimento em interações sociais informais no local de trabalho e as reações afetivas associadas a essas interações.

Por último, foi aplicada estatística inferencial para analisar a relação entre as escalas e subescalas, assim como entre estas e variáveis sociodemográficas. Estas análises consistiram no cálculo de coeficientes de correlação de *Pearson* e de *Spearman* e na realização de testes de *Mann-Whitney*. O coeficiente de correlação de *Pearson* foi utilizado para analisar a correlação entre variáveis escalares (Field, 2018), ou seja, entre as variáveis relativas às escalas e subescalas, assim como entre estas e a idade. Tendo em conta que a variável relativa às habilitações literárias era ordinal, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman* para as correlações com esta variável (Field, 2018). Para a comparação de grupos definidos por variáveis sociodemográficas, como o sexo e a situação habitacional, optou-se pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, sendo este considerado o mais adequado para a comparação de duas amostras independentes de dimensões reduzidas ($n < 30$) (Field, 2018).

Para todos os testes realizados, foi adotado um nível de significância de 5%.

Resultados

Caracterização dos Participantes

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes, com base nos dados sociodemográficos, profissionais e de diagnóstico psiquiátrico recolhidos.

A maioria dos participantes era do sexo masculino (61.3%) e encontra-se solteira (87.1%). As idades variaram entre os 23 e os 62 anos ($M = 42.97$, $DP = 9.49$), predominando a faixa etária dos 35 aos 49 anos. Relativamente às habilitações literárias, uma maior percentagem possuía o Ensino Secundário (38.7%), seguido do 3º Ciclo do Ensino Básico e da Licenciatura em igual proporção (19.4%). Quanto à situação habitacional, 19.4% residia com familiares como esposo(a), parceiro(a) e/ou filhos(as) e mais de metade residia com outro tipo de familiares (54.8%).

No que respeita ao diagnóstico psiquiátrico, 32.3% apresentavam esquizofrenia, 9.7% desordem bipolar, 9.7% desordem depressiva e 48.4% outros diagnósticos.

Quanto à integração profissional, a maioria encontrava-se empregada há mais de 12 meses (45.2%) e em regime de tempo inteiro (64.5%). Por último, a maioria exercia funções em empresas privadas (61.3%) e de grande dimensão (41.9%).

Tabela 1

Caracterização dos participantes (n = 31)

Características	n	%
Sexo		
Masculino	19	61.3
Feminino	12	38.7
Faixa Etária (Anos)		
Menos de 35	6	19.4
35 - 49 anos	17	54.8
Mais de 49	8	25.8
Estado Civil		
Solteiro(a)	27	87.1
Casado(a) ou União de Facto	1	3.2
Divorciado(a)	3	9.7
Habilitações Literárias		
1º Ciclo do Ensino Básico	2	6.5
2º Ciclo do Ensino Básico	1	3.2

3º Ciclo do Ensino Básico	6	19.4
Ensino Secundário	12	38.7
Qualificação Profissional	2	6.5
Licenciatura	6	19.4
Mestrado ou Doutoramento	2	6.5
Situação Habitacional		
Sozinho	6	19.4
Esposa/Parceiro/Filhos	6	19.4
Outros familiares	17	54.8
Residência de grupo	1	3.2
Outros sem parentesco	1	3.2
Diagnóstico Psiquiátrico		
Esquizofrenia	10	32.3
Desordem Bipolar	3	9.7
Desordem Depressiva	3	9.7
Outra	15	48.4
Duração Estágio/Emprego		
Há menos de 3 meses	3	9.7
Entre 3 e 6 meses	5	16.1
Entre 6 e 12 meses	9	29.0
Há mais de 12 meses	14	45.2
Tipo de Empresa		
Pública	9	29.0
Privada	19	61.3
Público-Privada	3	9.7
Dimensão da Empresa		
Micro	2	6.5
Pequena	9	29.0
Média	7	22.6
Grande	13	41.9
Regime de Trabalho		
Tempo inteiro	20	64.5
Tempo parcial	6	19.4
Outro	5	16.1

Características Psicossométricas dos Instrumentos

Como referido acima, antes de se ter procedido às análises principais verificou-se as propriedades psicométricas das escalas utilizadas no presente estudo.

Interview Schedule for Social Interaction - Self-Rating (ISSI-SR)

Na Tabela 2 são apresentados os resultados relativos aos coeficientes *Alfa de Cronbach* obtidos para a escala ISSI-SR (total dos itens) e para as suas subescalas. Os resultados indicaram uma consistência interna adequada para as quatro subescalas, com valores de *Alfa de Cronbach* a variar entre .656 (Disponibilidade de Apego) e .837 (Disponibilidade de Integração Social), assim como para a escala total ($\alpha = .817$).

Tabela 2

Consistência Interna Alfa de Cronbach do ISSI (subescalas e escala total) (n = 31)

Escalas e Subescalas	Nº de Itens	Alfa de Cronbach
Disponibilidade de Integração Social	6	.837
Adequação da Integração Social	8	.744
Disponibilidade de Apego	6	.656
Adequação do Apego	10	.802
ISSI-SR - Total	30	.817

Quanto aos resultados das medidas descritivas do ISSI-SR e das suas subescalas (Tabela 3), e tendo em conta as pontuações máximas possíveis, verificou-se uma pontuação média elevada nas subescalas relativas à disponibilidade, nomeadamente na Disponibilidade da Integração Social ($M = 5.39$, $DP = 0.88$, numa escala de 0 a 6) e na Disponibilidade de Apego ($M = 5.23$, $DP = 1.20$, numa escala de 0 a 6). Verificou-se uma pontuação mais baixa, mas ainda assim elevada, na Adequação de Apego ($M = 7.87$, $DP = 2.45$, numa escala de 0 a 10), enquanto a Adequação da Integração Social apresentou a pontuação média mais baixa ($M = 4.94$, $DP = 2.35$, numa escala de 0 a 8). Considerando o total da escala, verificou-se uma pontuação média elevada ($M = 23.42$, $DP = 4.78$).

Tabela 3*Medidas descritivas do ISSI-SR (subescalas e escala total) (n = 31)*

Escala e Subescalas	Máximo Possível	M	DP
Disponibilidade de Integração Social	6	5.39	0.88
Adequação da Integração Social	8	4.94	2.35
Disponibilidade de Apego	6	5.23	1.20
Adequação do Apego	10	7.87	2.45
ISSI-SR - Total	30	23.42	4.78

Informal Workplace Social Interactions (IWSI)

Na Tabela 4 são apresentados os resultados relativos aos coeficientes *Alfa de Cronbach* obtidos para a IWSI (total dos itens) e para as suas dimensões. Os resultados revelaram uma consistência interna elevada para as duas dimensões ($\alpha = .828$ para a Dimensão Comportamental e $\alpha = .947$ para a Dimensão Afetiva), assim como para o total da escala ($\alpha = .920$).

Tabela 4*Consistência Interna Alfa de Cronbach do IWSI (subescalas e escala total) (n = 31)*

Escala e subescalas	Nº de Itens	Alfa de Cronbach
Dimensão Comportamental	6	.828
Dimensão Afetiva	10	.947
IWSI - Total	16	.920

Relativamente aos resultados obtidos para as medidas descritivas (Tabela 5), observou-se uma pontuação média elevada na Dimensão Afetiva ($M = 4.01$, $DP = 0.63$), enquanto a Dimensão Comportamental apresentou uma pontuação média mais baixa ($M = 2.81$, $DP = 0.85$), sendo esta inferior ao ponto intermédio da escala (3, numa escala de 1 a 5). A pontuação média do total da escala foi ligeiramente superior ao ponto intermédio da escala ($M = 3.56$, $DP = 0.60$).

Tabela 5*Medidas descritivas do IWSI (subescalas e escala total) (n = 31)*

Escalas e Subescalas	M	DP
Dimensão Comportamental	2.81	0.85
Dimensão Afetiva	4.01	0.63
IWSI - Total	3.56	0.60

Análise correlacional (ISSI-SR e IWSI)

Para analisar a correlação entre os instrumentos aplicados, foram calculados coeficientes de correlação de *Pearson*. A Tabela 8 apresenta os valores obtidos e respectiva significância estatística.

Relativamente à relação entre o ISSI-SR e o IWSI, verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os totais das escalas ($r = .356, p = .049$). Numa análise ao nível das subescalas, a Disponibilidade de Apego (AVAT) apresentou correlações positivas e estatisticamente significativas com a Dimensão Comportamental do IWSI ($r = .447, p = .012$) e com total da escala IWSI ($r = .372, p = .039$). No entanto, nenhuma das restantes subescalas do ISSI-SR se correlacionou de forma estatisticamente significativa com o total do IWSI ou com as suas subescalas ($p > .05$). Estes resultados indicam que apenas a disponibilidade de apego, ou seja, o acesso a relações emocionais, se associa com as interações sociais informais no local de trabalho, e em particular com o nível de envolvimento nestas. Esta relação dá-se no sentido de que quanto maior a disponibilidade de apego, maior o envolvimento em interações sociais informais no trabalho.

Verificou-se ainda que a Dimensão Comportamental do IWSI se correlaciona positiva e significativamente com o total da escala ISSI-SR ($r = .417, p = .020$), não se verificando o mesmo para a Dimensão Afetiva ($p > .05$). Assim, uma rede social mais rica está associada a um nível mais elevado de envolvimento em interações sociais informais no local de trabalho, mas não necessariamente com as emoções positivas experienciadas em consequência destas.

Adicionalmente, é possível observar na Tabela 8 que três das subescalas do ISSI-SR apresentaram correlações positivas e estatisticamente significativas com o total da escala, sendo a Adequação do Apego (ADAT) a que apresentou a correlação mais forte ($r = .863, p < .001$), seguida pela Adequação da Integração Social (ADSI) ($r = .785, p < .001$) e, por último, da Disponibilidade de Apego (AVAT) ($r = .574, p < .001$). No entanto, a Disponibilidade de Integração Social (AVSI) não se correlacionou de forma estatisticamente significativa com nenhuma das outras subescalas do ISSI-SR, nem com o total da escala ($p > .05$).

Verificaram-se ainda correlações positivas e estatisticamente significativas entre a Adequação do Apego (ADAT) e as subescalas Adequação da Integração Social (ADSI) ($r = .537, p = .002$) e Disponibilidade de Apego (AVAT) ($r = .418, p = .019$). Assim, uma maior disponibilidade de apego está associada a uma maior satisfação com essa disponibilidade (adequação), assim como com uma maior disponibilidade de integração social. A correlação entre

as subescalas Adequação da Integração Social (ADSI) e Disponibilidade de Apego (AVAT) não se revelou estatisticamente significativa ($p > .05$).

Por último, verificaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre as subescalas do IWSI e o total da escala (Dimensão Comportamental: $r = .797, p < .001$; Dimensão Afetiva: $r = .873, p < .001$), assim como entre a Dimensão Comportamental e a Dimensão Afetiva ($r = .402, p = .025$), ou seja, níveis mais elevados de envolvimento em interações sociais informais no local de trabalho estão associados a níveis mais elevados de experiências emocionais positivas associadas a essas interações.

Tabela 6

Coefficientes de correlação de Pearson entre ISSI-SR e IWSI (n = 31)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. AVSI	1							
2. ADSI	-.084	1						
3. AVAT	.229	.135	1					
4. ADAT	-.100	.537**	.418*	1				
5. ISSI Total	.150	.785***	.574***	.863***	1			
6. IWSI-Comp	.066	.295	.447*	.288	.417*	1		
7. IWSI-Afet	.095	.117	.272	.150	.203	.402*	1	
8. IWSI Total	.098	.234	.372*	.252	.356*	.797***	.873***	1

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Relação entre ISSI-SR e IWSI e as variáveis sociodemográficas

Relativamente ao sexo, os resultados do teste Mann-Whitney não mostraram diferenças estatisticamente significativas no ISSI-SR nem no IWSI, tanto no total da escala como nas respetivas subescalas ($p > .05$). O output destes resultados pode ser consultado no Anexo E.

Quanto à idade, os resultados dos coeficientes de correlação de *Pearson* não revelaram correlações estatisticamente significativas com o ISSI-SR nem com o IWSI, tanto para o total da escala como para as respetivas subescalas ($p > .05$). O output destes resultados pode ser consultado no Anexo F.

No que concerne às habilitações literárias, os resultados dos coeficientes de correlação de *Spearman* revelaram uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a Disponibilidade de Apego (AVAT) ($r = .362, p = .045$), ou seja, quanto mais elevadas as

habilitações literárias, maior a percepção de acesso a relações emocionais de apoio. As restantes subescalas do ISSI-SR e a pontuação total não se mostraram significativamente correlacionadas com as habilitações literárias ($p > .05$). De igual forma, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com o IWSI Total, nem com as suas duas dimensões IWSI ($p > .05$).

Tabela 7

Coeficientes de correlação Spearman entre ISSI-SR e IWSI e as habilitações literárias (n = 31)

Escalas e subescalas	Habilitações Literárias
AVSI	.254
ADSI	.151
AVAT	.362*
ADAT	-.029
ISSI-SR Total	.217
IWSI-Comp	-.089
IWSI-Afet	-.074
IWSI Total	-.100

* $p < .05$

Para proceder à comparação do ISSI-SR e do IWSI em função da situação habitacional, esta variável foi previamente recodificada, criando dois grupos: o grupo “Sozinho”, composto pelos participantes que residiam sozinhos, e o grupo “Não Sozinho”, que agrupou os participantes que residiam com familiares, em residências de grupo ou com outros sem grau de parentesco. Na Tabela 8 são apresentados os resultados da comparação destes dois grupos através do teste de Mann-Whitney.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na Adequação da Integração Social (ADSI) ($U = 29.00$, $p = .020$), sendo a pontuação média dos que residem sozinhos ($M = 2.83$, $DP = 2.14$) inferior à dos que não residem sozinhos ($M = 5.44$, $DP = 2.14$). Quanto ao ISSI-SR Total, a diferença entre os dois grupos também se mostrou estatisticamente significativa ($U = 35.00$, $p = .045$), sendo a pontuação média dos que residem sozinhos ($M = 20.17$, $DP = 4.49$) inferior à dos que não residem sozinhos ($M = 24.20$, $DP = 4.59$). Relativamente às restantes subescalas do ISSI-SR e ao IWSI Total e respetivas dimensões, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p > .05$).

Tabela 8*Comparação do ISSI-SR e IWSI, em função da situação habitacional*

Escala e subescala	Sozinho (n = 6)	Não Sozinho (n = 25)	U
	M (DP)	M (DP)	
AVSI	5.33 (1.21)	5.40 (0.82)	70.50
ADSI	2.83 (2.14)	5.44 (2.14)	29.00*
AVAT	4.83 (1.17)	5.32 (1.22)	51.50
ADAT	7.17 (2.93)	8.04 (2.35)	62.50
ISSI-SR Total	20.17 (4.49)	24.20 (4.59)	35.00*
IWSI-Comp	2.44 (0.67)	2.89 (0.87)	49.00
IWSI-Afet	3.80 (0.72)	4.06 (0.61)	58.00
IWSI Total	3.29 (0.60)	3.62 (0.59)	45.00

* $p < .05$

Discussão

A integração laboral de pessoas com doença mental tem sido amplamente reconhecida como um elemento central nos processos de recuperação e inclusão social (Drake, Bond, & Becker, 2012; Bond, Drake, & Becker, 2012). Para além de proporcionar benefícios económicos e estruturais, o EA constitui uma intervenção psicossocial que potencia dimensões relacionais, identitárias e de bem-estar emocional (Bejerholm & Björkman, 2011).

Diversos estudos nesta área têm evidenciado que a integração de pessoas com doença mental no mercado de trabalho através da metodologia do EA favorece o restabelecimento de redes sociais e o aumento das oportunidades de interação interpessoal, frequentemente comprometidas em indivíduos com perturbações mentais graves (Bond, 2004; Burns et al., 2008). Ao promover a participação em contextos sociais naturalizados, o trabalho contribui para a reconstrução do sentido de pertença e de identidade social, ambos essenciais para o processo de recuperação (Topor et al., 2011). Este envolvimento em ambientes laborais pode também reduzir sentimentos de isolamento e fomentar relações interpessoais significativas, funcionando como um espaço de reforço do suporte social percebido e da capacidade de reciprocidade emocional (Galletly et al., 2012; Modini et al., 2016).

Do ponto de vista psicológico, as relações interpessoais positivas no contexto laboral constituem um importante preditor de bem-estar, ajustamento emocional e satisfação com a vida (Cohen, 2004; Thoits, 2011). As interações informais no trabalho — como conversas espontâneas, gestos de apoio e partilha de experiências — são fundamentais para a criação de laços sociais e afetivos que contribuem para o equilíbrio emocional e o reforço da identidade ocupacional (Winslow et al., 2019). Assim, para pessoas com doença mental, o EA não é apenas uma via de inserção profissional, mas um contexto relacional protetor, que oferece oportunidades de reconstrução de vínculos e de participação social significativa.

A presente investigação analisou o impacto da integração laboral em mercado competitivo, nas redes sociais de pessoas com doença mental. Para essa análise recorreu-se ao *Interview Schedule for Social Interaction – Self-Rating* - ISSI-SR e ao *Informal Workplace Social Interactions Questionnaire* - IWSI. Os resultados obtidos permitem uma reflexão sobre as várias

dimensões das redes sociais e das interações informais no contexto de EA, à luz das questões de investigação e da literatura.

A primeira questão de investigação pretendia avaliar a caracterização da rede social dos participantes, quanto ao acesso e satisfação da mesma. Os resultados obtidos através do *Interview Schedule for Social Interaction – Self-Rating* (ISSI-SR) revelaram que os participantes deste estudo apresentam uma perceção globalmente positiva da sua rede social, tanto em termos de disponibilidade como de adequação das suas relações sociais. Estes dados são particularmente relevantes quando analisados à luz da literatura sobre o impacto dos programas de EA, no reforço das redes sociais e na promoção da integração comunitária de pessoas com doença mental.

No presente estudo, observámos pontuações médias elevadas nas dimensões de Disponibilidade de Integração Social e Disponibilidade de Apego, o que indicam que os participantes percecionam dispor de uma rede de contactos sociais relativamente ampla e de relações emocionais de apoio, contrariando paricalmente a tendência descrita em diversos estudos que identificam redes sociais pequenas, frágeis e de baixa reciprocidade entre pessoas com doença mental (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Hultqvist, Markström, Tjörnstrand & Eklund, 2018). Estes resultados estão, no entanto, alinhados com a literatura que tem vindo a demonstrar que a integração profissional, sobretudo quando efetuado através da metodologia de EA, desempenha um papel fundamental na reconstrução das redes sociais e na redução do isolamento (Bond, Drake & Becker, 2012; Luciano & Bond, 2017). Drake et al. (2016) defende que o acesso a trabalho competitivo, acompanhado de apoio contínuo, não só aumenta a empregabilidade, como também potencia oportunidades de contacto interpessoal significativo, criando contextos naturais de interação social. Neste sentido, os resultados aqui obtidos sugerem que a participação em projetos de EA pode ter contribuído para uma maior perceção de disponibilidade relacional, já que o contexto laboral constitui um dos ambientes mais importantes para a formação e manutenção de relações sociais em adultos (Eklund & Bäckström, 2023).

Apesar das pontuações elevadas de disponibilidade, a dimensão de Adequação da Integração Social foi a mais baixa entre as subescalas, o que indica que, embora os participantes reconheçam ter contactos sociais, nem todos percecionam essas relações como totalmente satisfatórias ou adequadas às suas necessidades. Esta discrepância entre disponibilidade e adequação tem sido observada noutras investigações, refletindo a diferença entre a quantidade e a

qualidade percebida das relações (Henderson, Duncan-Jones, Byrne & Scott, 1980; Eklund et al., 2007). Efectivamente, estudos sobre redes sociais em pessoas com doença mental sugerem que o trabalho competitivo pode incrementar o número de contactos, mas a profundidade e reciprocidade dessas relações requerem tempo, confiança e estabilidade laboral (Argentzell, Leufstadius & Eklund, 2014). Assim, embora a integração profissional promova maior exposição social, a consolidação de relações satisfatórias pode depender de fatores contextuais, como o suporte organizacional e o clima relacional da empresa.

Por outro lado, a Adequação do Apego apresentou valores elevados, indicando que os participantes tendem a sentir-se satisfeitos com o apoio emocional disponível. A literatura aponta que o emprego competitivo pode reforçar o sentimento de competência e autonomia, levando os indivíduos a revalorizar e mobilizar as suas relações de suporte pré-existentes, tanto familiares como comunitárias (Bond et al., 2001; Bush et al., 2021). Tal resultado pode ainda refletir o papel dos técnicos de EA como elementos mediadores de suporte emocional e social, facilitando a ligação entre a pessoa e os contextos laborais e sociais (Drake, Bond & Becker, 2012). Este tipo de suporte tem sido descrito como fundamental para promover a autoeficácia social e o sentimento de pertença — dimensões centrais do processo de *recovery* (Davidson, Tondora, Staeheli & O’Connell, 2009).

Os resultados sugerem, portanto, que a integração em contexto de trabalho competitivo, mediada por programas de EA, pode contribuir para a reconstrução das redes sociais, o aumento da disponibilidade de suporte e a perceção de maior adequação das relações emocionais. Esta constatação converge com a evidência empírica que associa o EA à melhoria da integração comunitária e da qualidade de vida (Bond et al., 2012; Luciano & Bond, 2017; Eklund & Bäckström, 2023). Estudos recentes sublinham que o trabalho competitivo não só oferece benefícios económicos, mas também favorece a expansão do capital social, entendido como o conjunto de recursos acessíveis através das relações interpessoais (Wong & Solomon, 2002; Leff & Warner, 2006). Através das interações quotidianas no contexto laboral, as pessoas com doença mental podem reforçar laços de confiança, reciprocidade e pertença — fatores centrais para a sua inclusão comunitária (Hultqvist et al., 2018).

Na segunda questão de investigação pretendia-se avaliar as interações sociais informais no local de trabalho e respostas afetivas. Os resultados obtidos na escala IWSI demonstram que os participantes apresentam níveis moderados de envolvimento em interações sociais informais no

local de trabalho, mas níveis elevados de afeto positivo associado a essas interações. Esta combinação revela que, embora os participantes possam envolver-se com menor frequência em comportamentos espontâneos de sociabilidade laboral, como conversas informais, humor e partilha de experiências do quotidiano, quando essas interações ocorrem, são vivenciadas como altamente significativas e emocionalmente gratificantes. Estes resultados são consistentes com a literatura que indica que, em pessoas com experiência de doença mental, a qualidade das interações sociais tende a ter um impacto mais determinante no bem-estar do que a sua frequência (Winslow et al., 2019).

De acordo com estudos internacionais no âmbito do EA, a participação em contextos de trabalho competitivo promove oportunidades naturais de interação social, funcionando como um meio de integração comunitária e de reconstrução do capital social (Bond, Drake & Becker, 2012; Luciano & Bond, 2017). O modelo *Individual Placement and Support* (IPS), amplamente estudado, postula que o emprego competitivo não constitui apenas um resultado clínico positivo, mas um mecanismo central de inclusão social, através do qual as pessoas com doença mental podem aceder a redes de suporte naturais no local de trabalho (Drake et al., 2016). Os dados do presente estudo apoiam esta perspetiva, uma vez que demonstram que os participantes experienciam emoções positivas associadas às interações informais, indicando um sentido de pertença e aceitação no ambiente laboral.

O papel do trabalho como espaço de integração psicossocial tem sido referido por diversos autores. Ornelas (2008) defende que o emprego representa um recurso fundamental para a construção de identidade social, acesso ao capital relacional e exercício da cidadania plena. Do mesmo modo, Vargas-Moniz (2017) sublinha que os contextos laborais competitivos, quando acompanhados de suporte adequado, potenciam relações de proximidade que funcionam como redes de apoio informais, reduzindo o isolamento social e promovendo a participação ativa na comunidade. Sá Fernandes (2019) acrescenta que as interações informais no trabalho constituem expressões concretas de inclusão social, na medida em que criam oportunidades de reciprocidade, visibilidade social e reconhecimento enquanto membro da comunidade laboral.

A elevada pontuação afetiva observada sugere que os participantes vivenciam estas interações como fonte de reforço emocional, o que está em linha com o conceito de *empowerment* descrito por Ornelas (2015). Segundo este autor, a integração comunitária não se mede apenas em

termos de acesso a recursos, mas sobretudo em termos da qualidade das relações estabelecidas e da percepção de pertença social. A experiência de afeto positivo no contexto de interações informais reforça a hipótese de que o EA não se limita a facilitar o acesso ao trabalho, mas contribui ativamente para a construção de redes de suporte significativas, favorecendo o processo de *recovery*.

A literatura internacional confirma que o envolvimento em interações sociais informais no local de trabalho atua como mediador entre o emprego e o bem-estar psicológico, contribuindo para a autoeficácia social e para a redução do estigma internalizado (Drake et al., 2016; Winslow et al., 2019). Estudos como os de Argentzell, Leufstadius e Eklund (2014) demonstram que as relações informais estabelecidas no contexto laboral são particularmente importantes para indivíduos com doença mental, uma vez que representam oportunidades de participação social não estigmatizante, promovendo a autodeterminação e o sentimento de inclusão. A coerência entre os resultados do presente estudo e esta literatura reforça a importância de considerar as interações informais como indicadores centrais de integração comunitária e não apenas como comportamentos sociais periféricos.

De forma convergente, os resultados obtidos sugerem que o EA potencia um ambiente propício ao desenvolvimento de laços sociais significativos. A evidência de que os participantes experienciam emoções positivas durante as interações informais indica que estes contextos proporcionam experiências de aceitação e pertença, fortalecendo a motivação para a permanência no trabalho e aumentando a probabilidade de integração social sustentável (Bond et al., 2012; Ornelas, 2008). Assim, as interações sociais informais emergem como um elemento fundamental do processo de reabilitação e inclusão, atuando como veículo de reconstrução de papéis sociais, identidade ocupacional e cidadania ativa.

Em síntese, os resultados obtidos reforçam o papel do EA enquanto promotor de *recovery* e de integração comunitária, demonstrando que o trabalho competitivo não é apenas uma meta individual, mas um contexto relacional que promove redes sociais significativas e emoções positivas. A experiência de afeto positivo associada às interações informais confirma que o emprego, quando apoiado e inserido num modelo de inclusão, tem um impacto direto na qualidade de vida, participação social e bem-estar das pessoas com doença mental.

Relativamente à relação entre a rede social e as interações sociais informais no local de trabalho os resultados correlacionais obtidos entre as dimensões da rede social (ISSI-SR) e as interações sociais informais no contexto laboral (IWSI) evidenciam a importância das redes de suporte social enquanto mecanismos facilitadores da integração laboral e da participação comunitária de pessoas com experiência de doença mental inseridas em programas de EA. Verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o total da escala ISSI-SR e o total da IWSI, bem como entre a Disponibilidade de Apego (AVAT) e a Dimensão Comportamental da IWSI. Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de suporte emocional percebido estão associados a um maior envolvimento em interações informais no local de trabalho, reforçando o papel das redes sociais enquanto preditores do sucesso da integração ocupacional.

A literatura sobre EA tem reiteradamente demonstrado que a presença de redes de suporte adequadas é um dos fatores críticos para a manutenção do emprego competitivo e para o fortalecimento do sentimento de pertença organizacional (Bond, Drake & Becker, 2012; Drake et al., 2016). Este modelo assume que o emprego competitivo, aliado a suporte continuado, potencia o desenvolvimento de relações interpessoais no contexto laboral, funcionando como via promotora de integração comunitária e capital social (Bond et al., 2001; Luciano & Bond, 2017). Os resultados do presente estudo corroboram esta perspectiva, ao evidenciar que a percepção de apoio emocional (refletida na subescala AVAT) se relaciona de forma significativa com a frequência de interações informais no trabalho. Este resultado sugere que os indivíduos que já possuem uma base relacional de suporte entram no contexto laboral com maior confiança interpessoal, o que lhes facilita a abertura a novas interações com colegas de trabalho (Davidson, Tondora & O'Connell, 2009).

Para além do suporte emocional, os modelos de integração comunitária sustentam que a participação laboral em ambientes inclusivos constitui um catalisador para a reconstrução de redes sociais e para o desenvolvimento de papéis sociais valorizados (Wong & Solomon, 2002; Leff & Warner, 2006). Ornelas (2008) destaca que o trabalho representa um dos principais contextos de exercício da cidadania e de construção identitária, permitindo o estabelecimento de relações de reciprocidade e pertença. Neste sentido, os resultados do presente estudo demonstram que o envolvimento em interações informais no local de trabalho não é apenas um indicador de sociabilidade, mas um marcador vital de integração psicossocial, promovendo a internalização de um papel ocupacional ativo e socialmente valorizado (Ornelas, 2015; Vargas-Moniz, 2017). Estas interações informais podem ser entendidas como “pontes sociais” (*social bridges*) que facilitam o

acesso a redes comunitárias mais amplas e propiciam oportunidades de inclusão e participação (Sá Fernandes, 2019).

A correlação significativa entre a Dimensão Comportamental da IWSI e o total da ISSI-SR indica que os participantes com redes sociais mais ricas e adequadas na sua vida pessoal tendem a envolver-se mais em comportamentos de interação social no trabalho. Este resultado apoia as evidências de Argentzell, Leufstadius e Eklund (2014), que encontraram que a amplitude e qualidade da rede social predizem níveis mais elevados de participação social em atividades comunitárias e ocupacionais. Assim, podemos inferir que a rede social funciona como recurso psicossocial protetor, facilitando a adaptação ao ambiente laboral e mediando o impacto das interações informais no bem-estar e na estabilidade ocupacional (Eklund & Bäckström, 2023).

Importa destacar que a Dimensão Afetiva da IWSI não apresentou correlações significativas com o ISSI-SR, o que sugere que a experiência emocional positiva associada às interações informais não depende exclusivamente da rede social pré-existente, mas pode estar mais relacionada com fatores contextuais, como a qualidade do ambiente de trabalho e o grau de inclusão promovido pelos colegas e supervisores. Esta interpretação alinha-se com a literatura de Drake et al. (2016), que refere que o EA aumenta as oportunidades de interação social, mas a percepção de afeto positivo nesses contextos depende da existência de ambientes laborais acolhedores e de práticas inclusivas.

Alguns autores (Ornelas, 2008; Vargas-Moniz, 2017) reforçam esta perspetiva ao defenderem que a integração comunitária é um processo dinâmico e interacional, no qual as redes sociais pré-existentes se articulam com os ambientes de participação para gerar novas relações e reforçar o sentido de pertença. Luís Sá Fernandes (2019) acrescenta que o emprego competitivo deve ser entendido como exercício de cidadania ativa, no qual as interações informais desempenham um papel estruturante, permitindo o reconhecimento da pessoa com doença mental como membro legítimo da comunidade laboral.

Deste modo, os resultados evidenciam que a rede social desempenha um papel determinante no envolvimento em interações informais no local de trabalho, sobretudo no que se refere à disponibilidade de apoio emocional. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores que sustentam que o EA é um meio privilegiado para o fortalecimento das redes sociais, promoção da integração comunitária e facilitação de *recovery*. As interações sociais informais emergem,

assim, como um mecanismo fundamental de inclusão e participação social, reforçando a importância de políticas de EA que promovam ambientes laborais socialmente acolhedores e orientados para a integração plena das pessoas com doença mental.

Relativamente à análise da influência das variáveis sociodemográficas sobre a rede social (ISSI-SR) e as interações informais no trabalho (IWSI) permitiu avaliar de que modo características individuais podem facilitar ou dificultar a integração comunitária e laboral de pessoas com doença mental em contextos de EA. Nesta investigação, verificou-se que as variáveis sexo e idade não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da rede social nem nas interações informais. Este resultado está de acordo com a literatura internacional que sugere que, quando indivíduos com doença mental têm acesso a contextos laborais competitivos através de programas de EA, o impacto das características sociodemográficas tende a ser atenuado, uma vez que o suporte contínuo e centrado na pessoa promovido pelo modelo contribui para a igualdade de oportunidades na participação social (Bond, Drake & Becker, 2012; Drake et al., 2016). Assim, mais do que o sexo ou a idade, é o contexto de suporte e os mecanismos de integração que determinam o sucesso da inserção e o desenvolvimento de redes sociais no local de trabalho.

A ausência de correlações significativas com a idade reforça a ideia de que a integração comunitária e a construção de redes sociais são processos viáveis ao longo de diferentes fases da vida, desde que exista suporte adequado (Ornelas, 2008). Esta perspetiva é consistente com os princípios do *recovery*, que defendem que a participação em contextos de cidadania plena — como o emprego competitivo — é possível e desejável independentemente da idade, desde que se criem condições de inclusão e suporte (Davidson et al., 2009; Ornelas, 2015).

Relativamente às habilitações literárias, observou-se uma correlação positiva e significativa com a dimensão de Disponibilidade de Apego do ISSI-SR. Este resultado sugere que níveis mais elevados de escolaridade podem estar associados a redes sociais mais fortes no domínio emocional. A literatura indica que indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados tendem a ter maior literacia social e mais oportunidades de participação em redes alargadas, o que facilita o estabelecimento de relações de apoio emocional (Eklund & Bäckström, 2023). Vargas-Moniz (2017) e Ornelas (2008) sublinham que maior nível de escolaridade está frequentemente associada ao aumento do capital social e a uma maior participação cívica, o que se pode traduzir numa perceção mais positiva das relações interpessoais. No entanto, importa salientar que esta variável

não apresentou correlações significativas com as interações informais laborais, sugerindo que, no contexto de EA, a aquisição de relações no local de trabalho pode não depender da escolaridade, mas sim da qualidade das oportunidades de integração oferecidas pelo ambiente laboral e do suporte disponibilizado pelas equipas de EA (Bond et al., 2012).

A variável situação habitacional revelou diferenças significativas na Adequação da Integração Social (ADSI) e no total da escala ISSI-SR, com participantes que residem sozinhos a apresentarem níveis mais baixos de adequação das relações sociais. Este resultado está em concordância com a literatura que aponta que viver sozinho pode estar associado a um menor capital social e a uma perceção de isolamento (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Wong & Solomon, 2002). Em Portugal, a investigação de Ornelas (2008) destaca que a situação habitacional é um determinante crítico da integração comunitária, uma vez que o convívio diário com outras pessoas constitui uma fonte natural de suporte instrumental e emocional. Os resultados deste estudo sugerem que indivíduos que residem sozinhos podem ter menos oportunidades de interação social fora do contexto de trabalho, o que poderá impactar negativamente a perceção da qualidade da sua rede social global.

Todavia, é relevante destacar que, apesar das diferenças observadas na rede social em função da situação habitacional, não se verificaram diferenças significativas nas interações informais no trabalho (IWSI). Este dado sugere que o local de trabalho pode atuar como espaço compensatório de integração social, capaz de proporcionar oportunidades de contacto e pertença mesmo para indivíduos com redes sociais mais restritas no seu ambiente privado. Esta evidência está alinhada com os princípios do EA, que destaca o contexto laboral como um dos principais ambientes de inclusão social e desenvolvimento de relações naturalizadas (Bond et al., 2012; Drake et al., 2016; Sá Fernandes, 2019). Assim, o emprego competitivo mediado por suporte especializado pode funcionar como mecanismo equalizador, reduzindo desigualdades sociais e minimizando o impacto de fatores sociodemográficos na integração comunitária.

Em conclusão, os resultados do estudo sugerem que, embora determinadas variáveis sociodemográficas — como a situação habitacional e a escolaridade — influenciem a perceção de disponibilidade e adequação da rede social, o impacto destas características tende a ser mitigado em contextos de EA. Este modelo, ao promover suporte contínuo, integração em ambientes naturais de trabalho e participação ativa na comunidade, proporciona condições favoráveis à construção de

redes sociais significativas, independentemente do sexo, idade ou escolaridade. Estes resultados reforçam a relevância do EA enquanto estratégia fundamental de inclusão social e *recovery*, oferecendo evidência empírica para a discussão das implicações práticas e teóricas.

Apesar dos contributos deste estudo, persistem algumas limitações que devem ser consideradas em investigações futuras. A amostra reduzida e o delineamento transversal limitam a generalização dos resultados e impedem a identificação de relações causais entre integração laboral e evolução das redes sociais. Estudos longitudinais que permitam avaliar a evolução deste programa e das variáveis em estudo ao longo do tempo e com amostras mais alargadas e diversificadas, permitirão clarificar das relações entre emprego, redes sociais, suporte social e o *recovery*, bem como explorar o impacto de variáveis contextuais e culturais.

Seria igualmente relevante investigar o papel de fatores organizacionais, como a cultura empresarial, as práticas de gestão inclusiva e o envolvimento dos pares, na promoção de ambientes de trabalho favoráveis à integração de pessoas com doença mental, uma vez que a literatura sugere que intervenções que estimulem o desenvolvimento de suportes naturais no local de trabalho, como programas de *mentoring* e formação de colegas, podem potenciar a sustentabilidade do emprego e o bem-estar dos participantes.

Além disso, futuras investigações poderiam integrar metodologias qualitativas, como entrevistas e *focus groups*, para avaliar as experiências subjetivas dos participantes e aprofundar a compreensão das dinâmicas relacionais e dos desafios enfrentados na integração laboral.

Por fim, recomenda-se o desenvolvimento de estudos comparativos entre diferentes modelos de EA e contextos nacionais, de modo a identificar boas práticas e fatores críticos de sucesso, contribuindo para a melhoria contínua das intervenções em saúde mental e inclusão laboral.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como finalidade analisar a relação entre a inserção de pessoas com experiência de doença mental em contexto de emprego competitivo, no âmbito de programas de EA, e três dimensões centrais da sua integração psicossocial: (i) as redes sociais percebidas, no que respeita à disponibilidade e adequação do suporte social; (ii) o envolvimento em interações sociais informais no local de trabalho e o afeto associado a essas interações; e (iii) a forma como determinadas variáveis sociodemográficas se articulam com estas dimensões. Procurou-se, assim, compreender em que medida o emprego competitivo pode constituir não apenas um meio de inserção profissional, mas também um contexto ativo de inclusão comunitária e promoção do processo de *recovery*, entendido como construção de sentido de pertença, reconhecimento social e exercício de cidadania (Bond, Drake & Becker, 2012; Davidson et al., 2009; Ornelas, 2015).

Do ponto de vista metodológico, recorreu-se a instrumentos validados internacionalmente. A perceção de rede social foi avaliada através do *Interview Schedule for Social Interaction – Self-Rating* (ISSI-SR), que mede a disponibilidade e adequação do suporte social tanto no domínio da integração social mais alargada como no domínio do apego emocional (Undén & Orth-Gomér, 1989; Eklund, Bengtsson-Tops & Lindstedt, 2007). As interações sociais informais no contexto laboral e o afeto associado a essas interações foram avaliados com o *Informal Workplace Social Interactions* (IWSI), instrumento que permite avaliar, em simultâneo, o envolvimento comportamental em interações sociais espontâneas no local de trabalho e a experiência emocional decorrente dessas interações (Winslow et al., 2019). A amostra foi composta por participantes com experiência de doença mental inseridos em contexto de trabalho competitivo no âmbito de EA, tendo sido conduzidas análises descritivas, de consistência interna, análises correlacionais e testes não paramétricos adequados à dimensão da amostra e à natureza das variáveis (Field, 2018).

No que respeita às redes sociais percebidas, verificou-se que os participantes relataram níveis globalmente elevados de suporte social, sobretudo no domínio do apego emocional, indicando a perceção de acesso a relações significativas e de confiança. Este resultado assume particular importância, uma vez que contraria a evidência clássica que descreve as redes sociais de pessoas com doença mental como reduzidas, frágeis e marcadas pelo isolamento (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001). No entanto, confirmam a evidência mais recente que sugere que a participação

ativa em contextos de vida normativos, como o trabalho competitivo, pode contribuir para a manutenção e reforço de redes de suporte, bem como para a criação de novas oportunidades relacionais (Eklund & Bäckström, 2023; Hultqvist, Markström, Tjörnstrand & Eklund, 2018). Estes resultados são coerentes com a formulação segundo a qual o EA não deve ser entendido como mera intervenção vocacional, mas como fator potenciador da integração relacional e comunitária (Drake et al., 2016; Luciano & Bond, 2017).

Relativamente às interações sociais informais no local de trabalho, verificou-se um padrão caracterizado por níveis moderados de participação comportamental em interações informais com colegas, acompanhados, contudo, por níveis elevados de afeto positivo associado a essas interações. Tal significa que, ainda que a frequência das interações informais não seja particularmente elevada, as interações que ocorrem são vividas como emocionalmente gratificantes, associadas a sentimentos de aceitação, valorização e pertença social. Este resultado encontra suporte na literatura que conceptualiza o contexto laboral competitivo como um espaço relacional, no qual as trocas informais quotidianas funcionam como mecanismos de inclusão social, reconhecimento interpessoal e reforço de identidade ocupacional (Winslow et al., 2019; Argentzell, Leufstadius & Eklund, 2014). Verificou-se, deste modo, que as interações informais no trabalho, frequentemente desvalorizadas enquanto elemento “não produtivo” da vida laboral, assumem um papel estruturante na integração psicossocial de pessoas com doença mental.

Ao nível da articulação entre redes sociais e interações laborais, verificou-se a existência de associações positivas e estatisticamente significativas entre a perceção de suporte emocional e o envolvimento em interações informais no local de trabalho. Estes resultados sugerem que a perceção de disponibilidade de apoio emocional pode favorecer a abertura relacional em contexto laboral e potenciar o envolvimento social com colegas. Tal observação é consistente com os modelos teóricos do suporte social, segundo os quais relações emocionalmente seguras constituem uma base de segurança que facilita o envolvimento em novos contextos sociais e interpessoais (Cohen & Wills, 1985; Henderson, Duncan-Jones, Byrne & Scott, 1980). Do ponto de vista da psicologia comunitária, confirma-se igualmente a noção de que a integração comunitária resulta da articulação entre redes pessoais significativas e contextos sociais de participação reconhecida, como o trabalho (Ornelas, 2008, 2015; Vargas-Moniz, 2017). Assim, o EA surge não apenas como

contexto de inserção ocupacional, mas também como mediador entre a existência de suporte social e a construção de novas pertencas sociais no espaço laboral e comunitário.

No que diz respeito ao papel das variáveis sociodemográficas, não se observaram diferenças estatisticamente significativas associadas ao sexo ou à idade, o que sugere que, em condições de apoio adequadas, a possibilidade de integração relacional e participação social não é estritamente determinada por estas características. Este resultado está alinhado com a literatura que descreve o EA como uma abordagem que visa reduzir barreiras tradicionais ao acesso a emprego competitivo, promovendo oportunidades de participação social independentemente de fatores demográficos de base (Bond et al., 2012; Drake et al., 2016). Observou-se, contudo, que a situação habitacional apresentou relevância: participantes que viviam sozinhos tendiam a reportar níveis inferiores de adequação da sua rede social. Este dado confirma que o isolamento residencial pode constituir um risco para a satisfação relacional (Wong & Solomon, 2002), mas sugere igualmente que o local de trabalho pode funcionar como espaço compensatório de socialização e pertença, sobretudo para pessoas cuja rede social fora do trabalho é mais limitada. Esta observação encontra eco em perspetivas que conceptualizam o trabalho como exercício de cidadania e integração comunitária, e não apenas como desempenho produtivo (Ornelas, 2015; Sá Fernandes, 2019).

Do ponto de vista prático, o presente estudo assume especial pertinência no contexto da inserção laboral das pessoas com doença mental. Em primeiro lugar, foi possível analisar, num mesmo quadro empírico, a interseção entre redes sociais percebidas, interações informais no contexto laboral e afeto associado a essas interações, em participantes com doença mental integrados em emprego competitivo através do modelo de EA. Em segundo lugar, verificou-se que o EA exerce efeitos que ultrapassam a dimensão estritamente ocupacional, contribuindo para a integração relacional, para o reforço de laços sociais e para o aumento do sentimento de pertença comunitária. Em terceiro lugar, os resultados reforçam conceptualizações contemporâneas de *recovery*, entendendo-o não apenas como redução de sintomatologia, mas como (re)construção de papéis sociais valorizados, autonomia relacional e reconhecimento comunitário (Davidson et al., 2009; Ornelas, 2015). Em quarto lugar, observou-se que estes resultados convergem com a literatura do EA (Bond et al., 2012; Drake, Bond & Becker, 2012) e com contributos da literatura nacional em psicologia comunitária e reabilitação psicossocial, que defendem o direito à

participação plena na comunidade, através do acesso a contextos laborais reais, socialmente significativos e inclusivos (Ornelas, 2015; Vargas-Moniz, 2017; Sá Fernandes, 2019).

A nível da prática clínica, psicossocial e comunitária, os resultados sublinham a necessidade de considerar o contexto de trabalho como um espaço de intervenção relevante. Verificou-se que a qualidade das interações informais no local de trabalho se associa a indicadores de bem-estar emocional e integração social, salientando-se, assim, a importância de práticas que promovam culturas organizacionais inclusivas, relações quotidianas de apoio e reconhecimento da pessoa com doença mental como membro legítimo da equipa. Estes dados sugerem que as abordagens de EA deverão integrar não apenas a colocação no mercado de trabalho, mas também o acompanhamento contínuo ao nível das relações interpessoais e da integração social no local de trabalho, de modo a favorecer ambientes que acolham, validem e sustentem a participação ativa da pessoa. Tal orientação está em coerência com os princípios do EA e da intervenção comunitária orientada para os direitos humanos, que defendem que a inclusão social implica o exercício efetivo de papéis sociais reconhecidos e valorizados (Drake et al., 2016; Ornelas, 2015).

Por fim, importa salientar que subsistem desafios conceptuais e socioculturais no domínio da inclusão laboral de pessoas com doença mental. A inserção no trabalho competitivo continua a confrontar estigmas e expectativas sociais normativas associadas ao desempenho, produtividade e “ajustamento” interpessoal. Verificou-se, contudo, que quando existe oportunidade de participação em condições de apoio e reconhecimento, estas pessoas assumem papéis sociais valorizados, estabelecem relações de reciprocidade e contribuem de forma socialmente significativa. Tal constatação reforça a necessidade de compreender a inclusão laboral como uma questão de cidadania, dignidade e direitos, e não apenas como uma questão de funcionalidade individual. Em termos mais amplos, os resultados aqui apresentados apontam para a importância de reconhecer o EA como um eixo estruturante da inclusão comunitária e de *recovery*, demonstrando que o trabalho competitivo pode constituir um espaço de pertença, de afirmação identitária e de exercício de direitos sociais.

Ainda relativamente à pertinência do estudo, verificou-se que a integração de pessoas com doença mental em contextos competitivos de trabalho tem potencial para promover redes sociais mais significativas, favorecer interações positivas no contexto laboral e sustentar trajetórias de

inclusão comunitária e participação social. O trabalho surge, assim, não apenas como atividade económica, mas como um lugar onde se produzem vínculos, reconhecimento e pertença. A inclusão laboral das pessoas com doença mental deve, portanto, ser entendida como inclusão social: um processo que envolve dignidade, reciprocidade e o pleno exercício do direito de ocupar um lugar reconhecido na comunidade.

Em síntese, este estudo confirma e aprofunda o entendimento de que o EA é uma intervenção central não apenas para a integração laboral, mas também para a promoção do bem-estar, da autonomia e da participação social de pessoas com doença mental. Os dados obtidos reforçam a importância de contextos laborais inclusivos e de intervenções que valorizem tanto a quantidade quanto a qualidade das redes sociais, contribuindo para uma abordagem mais integrada e humanista da integração comunitária das pessoas com doença mental.

Referências

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Anthony, W. A., & Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5–23.

Areberg, C., & Bejerholm, U. (2013). The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 420–428. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.765911>

Argentzell, E., Leufstadius, C., & Eklund, M. (2014). Social interaction among people with psychiatric disabilities – Does attending a day centre matter? *International Journal of Social Psychiatry*, 60(6), 519–527. <https://doi.org/10.1177/0020764013502318>

Badcock, J. C., Adery, L. H., Park, S., & Langdon, R. (2020). Loneliness in psychosis: A practical review and critique for clinicians. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), e12345.

Baumgartner, J. N., & Burns, J. K. (2014). Measuring social inclusion—A key outcome in global mental health. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 354–364.

Becker, D. R., & Drake, R. E. (2001). *A working life for people with severe mental illness (Innovations in practice and service delivery with vulnerable populations)*. New York, NY: Oxford University Press.

Becker, D. R., Drake, R. E., Knoedler, W., & Anthony, W. A. (1994). Individual Placement and Support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193–212.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community: Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67–77. <https://doi.org/10.1177/002076400104700307>

Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853–859.

Bond, G. R. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345–359. <https://doi.org/10.2975/27.2004.345.359>

Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blyler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52(3), 313–322.

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32–39.

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry*, 19(3), 390–391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>

Bond, G. R., Lockett, H., & van Weeghel, J. (2020). International growth of Individual Placement and Support. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e183, 181–183.

Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2008). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 489–501.

Bond, G. R., & Mueser, K. T. (2022). Supported employment. In W. E. Sowers, H. L. McQuiston, J. M. Ranz, J. M. Feldman, & P. S. Runnels (Eds.), *Handbook of Community Psychiatry* (2nd ed., pp. 513–524). Cham, Switzerland: Springer.

Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental – 1.º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Coelho, V. P., & Ornelas, J. (2010). Os contributos do emprego apoiado para a integração das pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 28(3), 451–464.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsçh, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81.

Davidson, L., & White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(2), 109–120.

Davidson, L., Tondora, J., Staeheli, M. R., & O’Connell, M. J. (2009). Recovery-oriented practice: What it means and how to implement it. *World Psychiatry*, 8(3), 165–170.

De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. (2005). Social capital and mental illness: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(8), 619–627.

Degnan, A., Berry, K. M., Sweet, D., Abel, K., Crossley, N., & Edge, D. (2018). Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 873–888.

DeTore, N. R., Hintz, K., Khare, C., & Mueser, K. T. (2019). Disclosure of mental illness to prospective employers: Clinical, psychosocial, and work correlates in persons receiving supported employment. *Psychiatry Research*, 273, 312–317.

Donovan, N. J., Okereke, O. I., Vannini, P., Amariglio, R. E., Rentz, D. M., Marshall, G. A., ... Sperling, R. A. (2017). Association of higher cortical amyloid burden with loneliness in cognitively normal older adults. *JAMA Psychiatry*, 73(12), 1230–1237.

Drake, R. E. (2020b). Special Issue: International Implementation of Individual Placement and Support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 1–82.

Drake, R. E., Becker, D. R., & Bond, G. R. (2020). The growth and sustainment of Individual Placement and Support. *Psychiatric Services*, 71, 1075–1077.

Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Wyzik, P. F., & Torrey, W. C. (1996). Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: A replication study. *Psychiatric Services*, 47(10), 1125–1127.

Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2012). *Individual Placement and Support: An evidence-based approach to supported employment*. New York, NY: Oxford University Press.

Drake, R. E., Meara, E. R., & Bond, G. R. (2020). Policy issues regarding employment for people with serious mental illness. In H. H. Goldman, R. G. Frank, & J. P. Morrissey (Eds.), *The Palgrave Handbook of American Mental Health Policy* (pp. 449–470). Palgrave.

Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2020). Employment is a critical mental health intervention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e178, 171–173.

Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59–62.

Eklund, M., Bengtsson-Tops, A., & Lindstedt, H. (2007). Construct and discriminant validity and dimensionality of the Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) in three psychiatric samples. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 182–188. <https://doi.org/10.1080/08039480701352439>

Eklund, M., & Bäckström, M. (2023). Worker role perceptions and work participation among people with mental health issues taking part in interventions focusing on everyday life. *WORK*, 76(2), 533–547. <https://doi.org/10.3233/WOR-220582>

European Commission. (2010). *European Disability Strategy 2010–2020: A renewed commitment to a barrier-free Europe*. Brussels: European Commission.

Fancourt, D., & Steptoe, A. (2021). The importance of social experiences for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 469–470.

Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed., North American ed.). Sage.

Frederick, D. E., & VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. [*Detalhes editoriais não fornecidos*].

Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.

Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D. G., & Scott, R. (1980). Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10(4), 723–734. <https://doi.org/10.1017/S003329170005501X>

Henderson, S., Duncan-Jones, P., McAuley, H., & Ritchie, K. (1978). The dimensions of social relationships: Construct and discriminant validity. *Social Psychiatry*, 13(2), 79–87. <https://doi.org/10.1007/BF00583855>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540–545.

Hultqvist, J., Markström, U., Tjörnstrand, C., & Eklund, M. (2018). Quality of life among people with psychiatric disabilities attending community-based day centres or Clubhouses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1418–1427. <https://doi.org/10.1111/scs.12587>

Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. (2016). “What’s wrong with the seed?” A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 821–833. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0004-8>

Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. (2016). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/pas0000176>

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(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-48>

Krupa, T. (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: Integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 8–15.

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., & Patsios, D. (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Bristol: University of Bristol.

Lim, M. H., Eres, R., & Peck, C. (2018). *The young Australian loneliness survey: Understanding loneliness in adolescence and young adulthood*. Melbourne: VicHealth.

Lim, M. H., Gleeson, J. F., Alvarez-Jimenez, M., & Penn, D. L. (2023). Loneliness in psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 49(1), 1–15.

Luciano, A., & Bond, G. R. (2017). Employment as a recovery outcome for people with mental illness. *Psychiatric Services*, 68(6), 557–559. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700101>

Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., ... Thornicroft, G. (2014). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 205(3), 199–206.

McGurk, S. R., et al. (s.d.). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. [Dados em falta].

Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/0004867415611273>

Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14–22.

Monteiro, M. J. J., Ornelas, J., & Vargas Moniz, M. (2015). Emprego apoiado: Adaptação e implementação do modelo IPS em Portugal. *Revista de Psicologia Social e Comunitária*, 5(1), 18–28.

Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (2014). Supported employment for persons with severe mental illness: A review of evidence. *Psychiatric Services*, 65(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300274>

Mueser, K. T., Campbell, K., & Drake, R. E. (2011). The effectiveness of supported employment in people with dual disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(1–2), 90–102.

Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 281–296. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033614>

Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia: Correlates and predictors of employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 16(3–4), 205–218.

Naslund, J. A., Bondre, A., Torous, J., & Aschbrenner, K. A. (2020). Social media and mental health: Benefits, risks, and opportunities for research and practice. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 5(3), 245–257.

OECD. (2021). *Fitter minds, fitter jobs: From awareness to change in integrated mental health, skills and work policies*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/3c3ebfba-en>

Ornelas, J. (2012). Psychiatric reform in Portugal: Historical perspectives and current trends. *Psychiatric Services*, 63(5), 440–442.

Ornelas, J., Monteiro, M. J. J., & Vargas Moniz, M. (2014). Emprego apoiado e inclusão comunitária: Desafios e oportunidades no contexto português. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 245–256.

Pearce, E., Birken, M., Brown, S. L., Emsley, R., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., ... Pitman, A. (2023). Associations between constructs related to social relationships and mental health conditions and symptoms: An umbrella review. *BMC Psychiatry*, 23, 595. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05069-0>

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589–595.

Priestley, M., Waddington, L., & Sainsbury, R. (2016). Disability and European employment policy: From disability rights to social inclusion. *European Journal of Disability Research*, 10(1), 45–62.

Provencher, H. L., Greg, 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. <https://doi.org/10.2975/26.2002.132.144>

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.

Riesen, T., Morgan, R. L., & Griffin, C. (2015). Customized employment: A review of the literature. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 43, 183–193.

Sá-Fernandes, L., Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. (2018). Empowerment promotion through competitive employment for people with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 49(2), 259–263. <https://doi.org/10.3233/JVR-180971> Seabrook, E. M., Kern, M.

L., & Rickard, N. S. (2016). Social networking sites, depression, and anxiety: A systematic review. *JMIR Mental Health*, 3(4), e50.

Silva, S. A., Silva, C. A., & Santos, J. C. (2016). Emprego apoiado e saúde mental: Contributos para a inclusão social. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe. 4), 79–84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0145>

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>

Undén, A. L., & Orth-Gomér, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population surveys. *Social Science & Medicine*, 29(12), 1387–1392. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90240-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90240-2)

Waddington, L. (2011). The European Disability Strategy and the European Disability Forum: An analysis of policy and practice. *Disability & Society*, 26(2), 177–191.

Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D., Forsyth, R., Nebo, C., Mann, F., & Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health: A conceptual and methodological review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(12), 1451–1461. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1>

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>

WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J. S., Gordon, W. A., & Rempel, R. (1993). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8(2), 75–87. <https://doi.org/10.1097/00001199-199306000-00010>

Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J. S., Gordon, W. A., & Rempel, R. (1994). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 9*(4), 75–87.

Winslow, C. J. (2010). *Development of a measure of informal workplace social interactions* (Doctoral dissertation, Bowling Green State University). OhioLINK Electronic Theses and Dissertations Center.

Winslow, C. J., Sabat, I. E., Anderson, A. J., Kaplan, S. A., & Miller, S. J. (2019). Development of a measure of informal workplace social interactions. *Frontiers in Psychology, 10*, 2043. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02043>

Wong, Y. I., & Solomon, P. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research, 4*(2), 13–28.

Anexos

ANEXO A - Consentimento Informado

ANEXO B - Caracterização sociodemográfica

ANEXO C - *Interview Schedule for Social Interaction - Self-Rating (ISSI-SR)*

ANEXO D - *Informal Workplace Social Interactions (IWSI)*



Consentimento informado¹

Instituto Superior de Psicologia Aplicada,
ISPA Investigadora principal: Mestranda Tatiana Seabra de Albuquerque

CONVITE

Estamos a convidá-lo a participar num estudo de investigação desenvolvido no âmbito de uma tese de Mestrado no ISPA, sob orientação do Professor Doutor José H. Ornelas e em colaboração com diversas organizações de serviços de saúde mental.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Com este estudo pretende analisar-se as redes sociais das pessoas com experiência de doença mental, integradas em

projeto de emprego apoiado.

Os dados recolhidos irão contribuir para uma maior compreensão do impacto da integração em projeto de emprego apoiado, em mercado competitivo de trabalho, para a construção e manutenção das redes sociais no local de trabalho e a nível informal.

PORQUE FOI CONVIDADO(A)

Foi convidado(a) a participar porque gostaríamos de saber a sua opinião enquanto membro integrante do projeto emprego apoiado, em mercado competitivo de trabalho. O objetivo do estudo é analisar o impacto desta integração no mercado competitivo de trabalho nas suas redes sociais, tanto no local de trabalho em que se encontra, como a nível das suas redes sociais informais. Se decidir participar é livre para abandonar o estudo em qualquer altura. Isso não irá afetar o suporte ou tratamento que recebe.

PROCEDIMENTO

Se concordar participar deverá fornecer o seu consentimento por escrito que lhe será fornecido.

A participação consiste na resposta a 3 questionários.

Receberá uma cópia desta folha de informação e do formulário de consentimento para guardar.

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

Tatiana Seabra de Albuquerque – Albuquerque.ta@gmail.com

CONFIDENCIALIDADE

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

Anexo B – Consentimento de Participação

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Nome do(a) participante _____

Idade _____

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

Assinatura do Participante _____

Assinatura do/a Investigador/a _____

Data ____ / ____ / ____

Anexo C – ISSI-SR



ISSI - SR

As seguintes questões referem-se às pessoas com quem se relaciona de alguma forma. Quão importante é, para si, estas relações mais ou menos informais?

Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião.

	SIM	NÃO
	1	2
1a. Quantas pessoas conhece que têm os mesmos interesses que os seus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2a. Quantas pessoas conhece, encontra ou fala durante a semana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4a. Quantos amigos, que não sejam familiares, podem visitá-lo e sentir-se em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5a. Com quantos, familiares e amigos, pode falar abertamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12a. A quantas pessoas pode facilmente pedir algo emprestado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13a. Não contando com os familiares com quem partilha casa, com quantas pessoas pode recorrer quando está com dificuldades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião.

	SIM	NÃO
	1	2
1b. Relativamente ao número de pessoas da alínea 1a, gostaria que fossem mais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2b. Relativamente ao número de pessoas na alínea 2a, gostaria que fossem mais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Considera adequado o número de pessoas que encontra no seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4b. Relativamente ao número de pessoas mencionadas na alínea 4a, gostaria de fossem mais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b. De acordo com a alínea 5a, gostaria que fosse mais fácil falar com essas pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5c. Gostaria de estar rodeado por um maior número dessas pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12b. Relativamente às pessoas mencionadas na alínea 12a, gostaria de estar rodeado por um maior número dessas pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13b. Relativamente às pessoas mencionadas na alínea 13a, gostaria de estar rodeado por um maior número dessas pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião.

	SIM	NÃO
	1	2
6a. Existe alguém especial por quem se sinta apoiado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7a. Existe alguém especial que sinta próximo de si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8a. Existe alguém especial com quem possa partilhar sentimentos de felicidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9a. Existe alguém com quem possa partilhar os seus pensamentos mais íntimos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10a. Alguém já o segurou ou lhe deu um abraço para o confortar e apoiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11a. Acha que as pessoas (as que estão em casa ou outras) realmente apreciam o que faz por elas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião.

	SIM	NÃO
	1	2
6b. Considera que o apoio das pessoas mencionadas na alínea 6a é adequada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6c. Gostaria de conhecer mais pessoas como ele/ela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7b. Considera as pessoas mencionadas na alínea 7a próxima o suficiente, ou demasiado próximas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7c. Gostaria de ter mais pessoa(s) desse tipo por perto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8b. De acordo com a alínea 8a, gostaria de partilhar mais vezes esse sentimento de felicidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8c. Gostaria de ter outras pessoas com quem partilhar esse sentimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9b. Gostaria de partilhar mais com as pessoas mencionadas em 9a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9c. Gostaria de ter mais pessoas com quem partilhar esses assuntos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. Gostaria que alguém o abraçasse ou o segurasse mais vezes para o confortar e apoiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11b. Gostaria que as pessoas mencionadas na alínea 11a demonstrassem mais apreço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo D – Informal Workplace Social Interactions



Informal Workplace Social Interactions

As seguintes questões referem-se às pessoas com quem se relaciona no local de trabalho. Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequente
	1	2	3	4	5
1. Falei com pessoas no meu trabalho sobre interesses comuns.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fiz piadas no trabalho com pessoas da minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Falei frequentemente com pessoas na minha organização sobre tópicos que não estão relacionados com o trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Conectei-me com pessoas na minha organização ao partilhar informações e experiências pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Discuti os acontecimentos do meu tempo livre (por exemplo, fim de semana) com pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Discuti os acontecimentos do meu tempo de descanso (por exemplo, férias e/ou feriados) com pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Envolvi-me em interações sociais (por exemplo, conversar pessoalmente ou por telefone, mensagens, e-mails ou comunicação através de outras redes sociais) com pessoas na minha organização ao longo do dia de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Participei em atividades sociais com pessoas da minha organização durante o dia de trabalho (por exemplo, cantar os parabéns a um colega, ir ao ginásio, almoçar com outros).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Envolvi-me em interações sociais com pessoas da minha organização fora do horário de trabalho (por exemplo, conversar pessoalmente ou por telefone, mensagens, e-mails ou comunicação através de outras redes sociais).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Participei em atividades sociais com pessoas na minha organização fora do horário de trabalho (por exemplo, happy hours, cinema, espetáculos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mantive amizades com outras pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As seguintes questões referem-se às pessoas com quem se relaciona no local de trabalho. Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5
12. Gostei de interagir com pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Senti uma sensação de felicidade ao interagir com pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. O meu humor melhorou quando interagi com pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Conversar com pessoas na minha organização durante o trabalho fez-me sentir feliz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Fazer parte de grupos sociais no trabalho melhorou o meu humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Senti-me contente quando estava com pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Senti uma melhoria no meu humor quando me conectei com pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Gostei de aprender sobre os interesses das pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Gostei de fazer amigos com as pessoas na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Senti-me bem quando as pessoas na minha organização falaram comigo no trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Fiquei feliz quando outras pessoas na minha organização me incluíram em interações sociais no trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Gostei de conversar com pessoas na minha organização sobre as minhas experiências pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo **XX**– Tabela de Caracterização da População por escala

Mann-Whitney Test

Ranks

	Sexo do participante	N	Mean Rank	Sum of Ranks
IWSI_COMP	Masculino	19	14,55	276,50
	Feminino	12	18,29	219,50
	Total	31		
IWSI_AFET	Masculino	19	15,66	297,50
	Feminino	12	16,54	198,50
	Total	31		
IWSI_total	Masculino	19	15,32	291,00
	Feminino	12	17,08	205,00
	Total	31		
AVSI	Masculino	19	16,84	320,00
	Feminino	12	14,67	176,00
	Total	31		
ADSI	Masculino	19	17,53	333,00
	Feminino	12	13,58	163,00
	Total	31		
AVAT	Masculino	19	16,76	318,50
	Feminino	12	14,79	177,50
	Total	31		
ADAT	Masculino	19	16,79	319,00
	Feminino	12	14,75	177,00
	Total	31		
ISSI_total	Masculino	19	17,63	335,00

Feminino	12	13,42	161,00
Total	31		

Test Statistics^a

	IWSI_COMPI	IWSI_AFETI	IWSI_total	AVSI	ADSI	AVAT	ADAT	ISSI_total
Mann-Whitney U	86,500	107,500	101,000	98,000	85,000	99,500	99,000	83,000
Wilcoxon W	276,500	297,500	291,000	176,000	163,000	177,500	177,000	161,000
Z	-1,119	-,265	-,528	-,735	-1,188	-,661	-,624	-1,261
Asymp. Sig. (2-tailed)	,263	,791	,597	,463	,235	,509	,533	,207
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,269 ^b	,795 ^b	,617 ^b	,535 ^b	,252 ^b	,562 ^b	,562 ^b	,220 ^b

a. Grouping Variable: Sexo do participante

b. Not corrected for ties.

Correlations

	Idade do participante	IWSI_COMPI	IWSI_AFETI	IWSI_total	AVSI	ADSI	AVAT	ADAT	ISSI_total
Idade do participante	1	-,196	,046	-,074	-,146	,225	,056	,162	,181
Pearson Correlation									
Sig. (2-tailed)		,290	,807	,691	,434	,223	,764	,384	,330
N	31	31	31	31	31	31	31	31	31

IWSI_CO MP	Pearson Correlati on	-,196	1	,402*	,797**	,066	,295	,447*	,288	,417*
	Sig. (2- tailed)	,290		,025	<,001	,723	,108	,012	,117	,020
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
IWSI_AFE T	Pearson Correlati on	,046	,402*	1	,873**	,095	,117	,204	,150	,203
	Sig. (2- tailed)	,807	,025		<,001	,611	,529	,272	,420	,273
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
IWSI_total	Pearson Correlati on	-,074	,797**	,873**	1	,098	,234	,372*	,252	,356*
	Sig. (2- tailed)	,691	<,001	<,001		,600	,205	,039	,171	,049
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
AVSI	Pearson Correlati on	-,146	,066	,095	,098	1	-,084	,229	-,100	,150
	Sig. (2- tailed)	,434	,723	,611	,600		,653	,215	,594	,421
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
ADSI	Pearson Correlati on	,225	,295	,117	,234	-,084	1	,135	,537*	,785**
	Sig. (2- tailed)	,223	,108	,529	,205	,653		,469	,002	<,001
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31

AVAT	Pearson Correlation	,056	,447*	,204	,372*	,229	,135	1	,418*	,574**
	Sig. (2-tailed)	,764	,012	,272	,039	,215	,469		,019	<,001
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
ADAT	Pearson Correlation	,162	,288	,150	,252	-,100*	,537*	,418* 1		,863**
	Sig. (2-tailed)	,384	,117	,420	,171	,594	,002	,019		<,001
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
ISSI_total	Pearson Correlation	,181	,417*	,203	,356*	,150	,785*	,574*	,863* 1	
	Sig. (2-tailed)	,330	,020	,273	,049	,421	<,001	<,001	<,001	
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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