



Liliana Andreia da Silva Lopes

**O TRABALHADOR COM DOENÇA MENTAL E AS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE RECRUTADORES EMPRESARIAIS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA

Área de especialização:
Psicologia da Saúde

2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O trabalhador com doença mental e as representações sociais de
recrutadores empresariais**

Liliana Andreia da Silva Lopes

Março de 2010

Dissertação apresentada no Mestrado Temático de Psicologia, área de especialização Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (F.P.C.E.U.P.).

RESUMO

Todo o cidadão tem os mesmos direitos e igualdade de oportunidades nos mais diversos contextos da vida social. Porém, as pessoas com doença mental continuam a ser discriminadas nos mais variados contextos, nomeadamente no meio laboral. Os recrutadores desempenham um papel-chave no acesso das pessoas com doença mental ao mundo do trabalho. Como nas pesquisas efectuadas não encontramos nenhum estudo a nível nacional que incidisse nas imagens, opiniões, crenças e atitudes por parte dos recrutadores em relação ao doente mental, consideramos pertinente efectuar um estudo empírico nesta área.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, enquadramento teórico, fazemos referência ao conceito de representações sociais e a estudos empíricos acerca das representações sociais que os trabalhadores que exercem a função de contratar têm relativamente à doença mental. Na segunda parte, estudo empírico, apresentamos a metodologia e os resultados do estudo, em que procuramos estudar as representações sociais dos recrutadores, tendo como principais objectivos conhecer o modo como eles pensam e agem em relação aos doentes mentais, bem como verificar se este modo de agir e pensar coincide com os referenciados na literatura. Sendo o grupo de recrutadores um grupo-chave, propusemo-nos também a lançar breves sugestões para quem futuramente deseje delinear um possível programa de intervenção junto dos recrutadores e das entidades empregadoras, de forma a facilitar a contratação e integração laboral de pessoas com doença mental.

Os resultados obtidos junto de uma amostra de recrutadores de 79 empresas foram concordantes com muitos dos estereótipos referidos na literatura, o que sugere a necessidade de intervenção junto de quem detem a função de contratar. Lançamos breves sugestões para possíveis programas de intervenção junto deste grupo-chave.

ABSTRACT

All the citizens have the same rights and equality of opportunities in the most diverse contexts of the social life. However, we notice that people with mental disease continue to be discriminated in a variety of contexts, especially in the working environment. Recruiters plays a key role in the access to the labor world by the people with mental disease. Since we found no national study based in images, opinions, believes and attitudes concerning the recruiters about the person with mental disease, we consider relevant to make an empirical study in this area.

This study is divided into two parts. In the first one, theoretical framework, we refer the concept of social representations and empirical studies of social representations that recruiters whith function to hire have about the mental disease. At the second part, empirical study, we present the methodology and results of the research where we study the social representations of the recruiters, having as main objectives to know the way they think and act in relation to the people with mental disease, and to verify if this way they think and act coincides with the referenced in literature. Being the group of recruiters a key-group, we also feel free to make a few suggestions for those who in the future want to delineate a possible program of intervention next to the recruiting people and employers, to turn easier the hiring and work integration of people with mental diseases.

The results we got in a sample of recruiters of 79 companies were concordant with many of the stereotypes related in literature. This suggests the necessity of intervention next to those which function is hire. We make a few suggestions for possible programs of intervention next to this key-group.

RESUMÉ

Tous les citoyens ont les mêmes droits et égalité d'opportunités dans les plus divers contextes de la vie sociale. Toutefois, les personnes ayant la maladie mentale, continuent à être discriminées, notamment dans le monde du travail. Les recruteurs jouent un rôle-clé à l'accès au monde ouvrier pour les personnes avec maladie mentale. Puisque dans les recherches que nous avons effectuées nous n'avons trouvé aucune étude au niveau national basée sur des images, avis, croyances et attitudes de la part des recruteurs, nous considérons pertinent effectuer une étude empirique dans ce secteur.

L'étude est divisé en deux parties. Dans la première, cadre théorique, nous nous référons à la notion de représentations sociales et à les études empiriques sur les représentations sociales que les recruteurs qui ont pour fonction engager comptent de la maladie mentale. Dans la deuxième partie, étude empirique, nous présentons la méthodologie et des résultats de l'étude, où nous avons cherché à étudier les représentations sociales des recruteurs, ayant comme principaux objectifs la connaissance de leur manière de penser et d'agir par rapport aux malades mentaux ainsi que la vérification si cette manière d'agir et de penser coïncide avec les références dans la littérature. Étant le groupe de recruteurs un groupe-clé, nous nous sommes également proposés de faire quelques suggestions pour ceux qui à l'avenir désire ébaucher un possible programme d'intervention auprès des recruteurs et employeurs, de manière à faciliter le contrat et l'intégration ouvrière de personnes con maladie mentale.

Les résultats obtenus auprès d'un échantillon de recruteurs de 79 sociétés ont correspondu à beaucoup de stéréotypes rapportés dans la littérature. Cet aspect suggère le besoin d'intervention auprès de ceux qui ont pour fonction engager. Nous nous proposons de brèves suggestions pour de possibles programmes d'intervention auprès de ce groupe-clé.

INDICE

Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento teórico	3
1. À procura de uma definição.....	4
2. A noção de representações sociais	7
2.1. As representações como expressão de um sujeito e construção de um objecto.....	7
2.2. As representações como conhecimento socialmente elaborado e partilhado.....	9
3. Os processos sócio-cognitivos nas representações sociais.....	10
4. Representações sociais e atitude.....	14
5. Estudos empíricos sobre representações sociais dos recrutadores.....	17
Capítulo II – Estudo empírico.....	30
1. Metodologia.....	31
1.1. Instrumentos.....	32
1.2. Procedimento.....	33
1.3. Caracterização da amostra.....	34
2. Análise e discussão dos resultados.....	36
2.1. Análise descritiva.....	36
2.2. Análise comparativa.....	50
2.3. Análise correlacional.....	56
Conclusões.....	60
Referências bibliográficas.....	72
Anexo: Apresentação do questionário.....	80

INTRODUÇÃO

O modo como as doenças mentais são actualmente conceptualizadas resulta de todo um conjunto de processos dinâmicos e evolutivos, os quais reflectem as distintas situações histórico-sociais (Marques, 2007). Após a Psiquiatria se constituir como saber médico, a loucura deixa de fazer parte da história das ideias religiosas passando a ser considerada como doença, havendo uma visão biológica de corpo doente, seus sinais e sintomas, privilegiando-se a terapêutica asilar. Com a introdução das ciências sociais, emerge o paradigma psicossocial, que, contrariamente ao paradigma anterior, não reduz o sujeito doente mental à sua condição biológica, valorizando sim uma abordagem voltada para a integralidade da pessoa em sofrimento mental, com respeito à sua dimensão subjectiva, voltada para a sua singularidade e para seu o processo de inclusão social. Assim, neste sentido, a nível político têm vindo a ser delineadas algumas medidas e estratégias que privilegiam, contrariamente ao paradigma anterior, a deficiência e a doença mental “não como um atributo inerente à pessoa, mas como um resultado da interacção entre a pessoa e o ambiente, (...) contemplando os obstáculos e barreiras sociais que emergem nesta interacção” (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG], 2007, p.28). Neste sentido, as políticas sociais preconizam o direito e igualdade de oportunidades, incentivando a participação de todos os cidadãos nos mais diversos contextos da vida social.

Todavia, o que se constata é que as pessoas com incapacidades continuam a ser discriminadas, desde logo no acesso ao trabalho (CRPG, 2007), dificultando a sua integração social. E esta negação no acesso ao trabalho ou na sua manutenção dificultam o processo de recovery do doente mental, estando na literatura bem documentado a importância e os benefícios do trabalho para as pessoas com doença mental. Estando documentado que o envolvimento nas actividades laborais e o desempenhar de papéis sociais significativos são uma componente essencial no seu processo de recovery (Davidson et al., 2005; Wong et al., 2004) merece então especial atenção o comportamento e as atitudes de grupos-chave, como são aqueles que desempenham a função de contratar trabalhadores para um dado cargo numa empresa, e que, neste trabalho, passaremos a designar por recrutadores. Os recrutadores não só tomam decisões que condicionam oportunidades na vida do doente mental, como também, devido às suas posições de poder, as suas atitudes podem influenciar toda a organização e manter estereótipos (Corrigan, 2004). Como nas pesquisas realizadas não encontramos nenhum estudo nacional que incida nas imagens, opiniões, construções mentais, crenças e atitudes por parte dos recrutadores, achamos premente um estudo empírico nesta área.

Assim, este trabalho visa estudar as representações sociais, tendo como principais objectivos conhecer o modo como os recrutadores pensam e agem em relação aos doentes mentais bem como verificar se este modo de agir e pensar coincide com os referenciados na literatura. Para além deste estudo exploratório, era nosso objectivo a realização de um estudo comparativo entre recrutadores de ramos distintos de actividade, porém, dada a disponibilidade da amostra não ser a esperada, esta comparação não foi realizada. Desta forma, e, por considerarmos que as variáveis individuais (como o sexo e as habilitações literárias) e as variáveis relacionadas com o conhecimento e relação com a doença mental (por exemplo, experiência de contratação de pessoa com doença mental e sua eventual contratação futura, aceitar fazer parte de um programa de apoio à integração de trabalhador com doença mental, entre outras) podem influenciar os resultados da nossa amostra, considerámos pertinente analisar os dados comparativamente em função das referidas variáveis.

Sendo o grupo de recrutadores um grupo-chave, propomo-nos também, tendo por base os objectivos, a lançar breves sugestões para quem futuramente deseje delinear um possível programa de intervenção junto de recrutadores e entidade empregadora, de forma a facilitar a contratação e integração laboral de pessoas com doença mental.

Para atingirmos os objectivos propostos, o trabalho foi estruturado em dois grandes momentos: enquadramento teórico e estudo empírico. No enquadramento teórico começamos por efectuar algumas considerações gerais acerca do conceito de representações sociais, conceito teórico fulcral na sustentação do estudo a que nos propomos. Assim, fizemos uma breve introdução ao conceito, referimo-nos à sua multiplicidade de definições conceptuais, à noção das representações sociais, nomeadamente à representação enquanto expressão de um sujeito e construção de um objecto e à representação como conhecimento socialmente elaborado e partilhado. Em seguida abordamos os processos sócio-cognitivos –a objectivação e a ancoragem- envolvidos na construção e transformação das representações sociais. Como uma das componentes das representações sociais é a atitude, foi também abordada a ligação do conceito de atitude com o conceito de representações sociais. Para finalizar este primeiro capítulo, e antes da referência ao nosso estudo propriamente dito, são apresentados alguns estudos empíricos acerca das representações sociais que os trabalhadores que exercem a função de contratar têm relativamente à doença mental.

Na apresentação do nosso estudo empírico descrevemos a metodologia bem como apresentamos e interpretamos os resultados obtidos através da aplicação de um questionário on-line, junto de uma amostra de 79 recrutadores. Terminamos o trabalho tecendo algumas conclusões e breves sugestões de intervenção junto de recrutadores e entidades empregadoras, bem como apresentando a bibliografia e o questionário que construímos para este estudo.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De modo a enquadrar teoricamente o estudo em questão, começaremos por considerar que desde os tempos remotos que a espécie humana se esforça por controlar e compreender o ambiente que a rodeia, pois, só assim, lhe é possível, perante os inúmeros estímulos e desafios a que é sujeita, poder fazer face às grandes questões que lhe vão sendo colocadas, de forma a agir sobre o seu mundo e prever acontecimentos. À apreensão da realidade que nos circunda e ao modo como nós, sujeitos sociais, o fazemos está associada a noção de representações sociais, conceito que Moscovici (1961) propôs para responder à questão “Como constrói o Homem a realidade?”. A noção de representações sociais remete para um conceito ou conjunto de fenómenos e explicações sobre os objectos sociais, assentes não só nas teorias científicas, mas criados no quotidiano e decorrentes da comunicação interindividual e que torna possível a organização de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, ou seja, “as representações seriam então uma forma de conhecimento, um saber socialmente elaborado e partilhado, saber este com uma tradução na visão prática e corrente subjacente à construção da realidade comum a um grupo social” (Jodelet, 1989, p.36).

Sendo o conceito de representações sociais fulcral na sustentação do estudo a que nos propomos, seguidamente iremo-nos referir a ele. Assim, fizemos uma breve introdução ao conceito, referimo-nos à sua multiplicidade de definições conceptuais, à noção das representações sociais (nomeadamente à representação enquanto expressão de um sujeito e construção de um objecto e à representação como conhecimento socialmente elaborado e partilhado) e abordamos os processos sócio-cognitivos (a objectivação e a ancoragem) envolvidos na construção e transformação das representações sociais. Como uma das componentes das representações sociais é a atitude, foi também abordada a ligação do conceito de atitude com o conceito de representações sociais. Para finalizar este primeiro capítulo foram apresentados alguns estudos empíricos acerca das representações sociais que os trabalhadores que exercem a função de contratar têm relativamente à doença mental.

1. À procura de uma definição

Foi a partir da década de 60, do século passado, que se verificou a proliferação de inúmeros estudos centrados nas representações sociais, aplicando-se em investigações em áreas muito distintas. Mas se a realidade das representações sociais é fácil de compreender, o mesmo não acontece com o seu conceito, pois, de acordo com Serge Moscovici (1961) a sua noção situa-se no cruzamento entre uma série de conceitos sociológicos e uma série de conceitos psicológicos, remetendo-nos quer para algo individual, quer para algo colectivo. Assim, para Doise, de acordo com Guerreiro (2001), esta interface entre o psicológico e o

sociológico, resulta numa grande polissemia para esta noção, havendo definições conceptuais múltiplas.

Historicamente, Durkheim, nos finais do século XIX, foi o primeiro teórico a abordar claramente a ideia de representações sociais, procurando descrever a especificidade do pensamento colectivo ou social relativamente ao pensamento individual, defendendo um corte radical entre as representações colectivas e as representações individuais (Moscovici, 2003). Apesar de ter sido o primeiro autor reconhecido a abordar esta área, Durkheim não apresentou uma definição muito precisa do conceito de representação colectiva, o qual, Moscovici retoma nos anos 60, publicando, em 1961 (com segunda edição em 1976), um estudo empírico sobre a representação social da psicanálise, intitulado “*La psychanalyse, son image et son public*”. Nesta obra é lançada uma problemática específica e uma geral. A específica refere-se ao modo como o conhecimento científico (neste caso concreto, a psicanálise) passa do restrito domínio dos teóricos/cientistas para o domínio do senso comum ou do cidadão, ou seja, de que modo é difundido, transformado e utilizado pelo homem comum (leigo) (Cabecinhas, 2004). A problemática mais geral aborda a forma como o Homem constrói a realidade. Moscovici pretendeu assim analisar as estruturas, processos e funções inerentes às representações sociais. Embora chamando a atenção para o facto de que o conceito de representações sociais se situa na “encruzilhada de uma série de conceitos sociológicos e psicológicos” (Moscovici, 1976, p.39), o autor, a partir deste seu estudo, reformula o conceito de representação colectiva de Durkheim, propondo o conceito de representação social. Apesar de ter lançado os fundamentos de base do conceito de representação social, este tem sido considerado mais como um estímulo de carácter heurístico, do que um espaço conceptual bem delimitado e inserido numa teoria com contornos bem definidos (Vala, 2004). Contudo, este estudo constitui um marco, sendo inaugurado um novo campo na psicologia social: o estudo das representações sociais, destacando-se Moscovici como um ponto de referência. A partir daí, o conceito de representações sociais readquire uma importância central nos estudos de outros autores, como Doise (1984), Abric (1987) e Jodelet (1989), abrindo a porta a inúmeros trabalhos teóricos e empíricos sobre o tema, sendo abordada toda uma diversidade de domínios e objectos com recurso às metodologias mais diversas.

Moscovici conceptualiza as representações sociais como sendo “sempre um produto da interacção e comunicação e elas tomam a sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social” (Moscovici, 2003, p.21), definindo-se assim como a elaboração de um objecto social por uma comunidade. Neste sentido, Moscovici (1989, cit. por Neto, 1998) realça que as componentes principais de uma representação social se relacionam com o facto de haver uma

construção, mediante trocas e interacções, de pontos de vista e de saberes, partilhados e distribuídos segundo as fronteiras incertas dos grupos sociais. A este esforço de construção e adaptação sócio-cognitiva Moscovici designa de *sociedade pensante* (Moscovici, 2003). Este *pensamento* funciona como uma *teoria* frágil ou sólida, que poderá permitir justificar, através da racionalização, o que já foi feito, bem como possibilitar a adopção de uma nova conduta coerente com a teoria. Assim, Moscovici atribui-lhe uma dupla função: a elaboração de comportamentos, em que as representações sociais permitem “estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se no seu mundo material e social e controlá-lo” (Moscovici, 2003, p.21) e uma segunda função que é a de possibilitar a comunicação entre os indivíduos de uma dada comunidade, “fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social” (Moscovici, 2003, p.21). Desta forma, poderemos dizer que as representações sociais desempenham um papel na formação das condutas sociais e das comunicações na medida em que é através delas que o grupo apreende o seu meio. “A teoria das representações sociais fornece o referencial interpretativo tanto para tornar as representações visíveis, como para torná-las inteligíveis como formas de prática social” (Moscovici, 2003, p.25).

Nessa linha de ideias, Moscovici (1984, p.17) inicialmente define representações sociais como “um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos, aspectos ou dimensões do meio social que permite não só a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, mas que constitui igualmente um instrumento de orientação da percepção das situações e de elaboração das respostas (...) um meio específico de compreender e comunicar o que já sabemos.”

Tal como Moscovici, também Jodelet (2005, p.46) considera, na sua definição de representação social, uma componente avaliativa e uma tendência para a acção, considerando Jodelet, as representações sociais como saber funcional ou teoria social prática. Assim, de acordo com a autora, as representações sociais formam sistemas, “‘conhecimentos’, ‘teorias’, ‘versões’, ‘visões’ da realidade, que servem aos indivíduos e aos grupos para interpretar e controlar essa realidade, legitimar ou invalidar a ordem e o lugar que nela ocupam; embora se vejam nelas fenómenos que têm uma eficácia própria na instituição e no devir das sociedades”.

Estas teorias, versões da realidade, construções, encarnam em imagens repletas de significação, imagens “cujos conteúdos estão estreitamente ligados a práticas sociais, imagem que permitirá, na interacção social, o jogo da diferenciação e o trabalho da alienação.” (Jodelet, 2005, p.35). Para Jodelet (1986, p.474) “o conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específica, o saber do senso comum, cujos conteúdos

manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Em sentido mais lato, designa uma forma de pensamento social”.

Enquanto fenómenos, as representações sociais apresentam-se em formas variadas, mais ou menos complexas: imagens, sistemas de referência, categorias, teorias. Jodelet (1986, p.473) refere que são “imagens que condensam um conjunto de significações; sistemas de referência que apenas nos permitem interpretar aquilo que nos chega, isto é, dar um sentido ao inesperado; categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenómenos, os indivíduos com que estamos relacionados; teorias que permitem estatuir sobre eles muitas vezes quando nos cingimos à realidade concreta da nossa vida social, tudo no seu conjunto.”

Muitas outras definições de representações sociais foram avançadas, entre as mais significativas encontramos a de Piaget, Herzlich, Doise,..., mas existe um grau considerável de acordo entre os investigadores acerca da seguinte definição referida por Jodelet (1989, p.39) em que representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Esta definição destaca vários aspectos importantes das representações sociais, tais como a concepção dos modos de pensamento que relacionam o Homem com o mundo e com os outros, os processos susceptíveis de interpretar e de reconstruir de modo significativo a realidade, os fenómenos cognitivos que suscitam a pertença social dos indivíduos com implicações afectivas, normativas e práticas e configuram aos objectos uma particularidade simbólica própria nos grupos sociais. Neste sentido, as representações sociais são a expressão das identidades individuais e sociais (Neto, 1998).

Após referirmo-nos à multiplicidade de definições conceptuais do conceito de representações sociais, seguidamente vamos abordar a noção de representações sociais.

2. A noção de representações sociais

Não poderíamos abordar a noção de representações sociais sem fazermos referência às representações como expressão de um sujeito e construção de um objecto e às representações enquanto conhecimento socialmente elaborado e partilhado, aspectos que iremos focar nos dois pontos seguintes.

2.1. As representações como expressão de um sujeito e construção de um objecto

Como representa o Homem a realidade? Numa primeira perspectiva, a representação da realidade exterior era concebida como um reflexo interno...uma “reprodução no espírito conforme o que se encontrava fora do espírito” (Moscovici, 1961, p.45).

A verificação da existência de algumas incorrecções na reprodução da realidade exterior como resultado de processos psicológicos levou ao aparecimento de uma segunda perspectiva, a de representações sociais como um processo de construção. Assim, como forma de conhecimento, as representações sociais implicam a actividade de reprodução das características de um determinado objecto, porém, não se limita a ser um reflexo puro e fiel do objecto, mas uma construção mental. Deste modo, o conceito de representação distingue-se do de **imagem**, uma vez que as imagens são directamente produzidas pelos objectos, consistindo então numa mera reprodução, sendo um fenómeno mais passivo do que a representação. Distingue-se também do de **percepção**, em que este, tendo um estatuto mais concreto do que a imagem, implicaria a presença do objecto que causa um determinado estímulo aos sentidos do indivíduo, provocando uma resposta. Já a representação é sugerida por Moscovici (2003) como um todo em que sujeito e objecto estão presentes e interdependentes, e, assim, nesta perspectiva, o Homem quando representa a realidade assume um papel activo no processo de representação dessa mesma realidade, não se limitando a reproduzi-la. Para Vala (2004) a representação exprime a ligação entre objecto e sujeito activo que dá significado a esse objecto, implicando sempre uma actividade de construção, de mediatização e de simbolização. Assim, neste sentido, a representação não é um reflexo de um objecto, sendo sim o produto e o processo da actividade mental pela qual um indivíduo ou grupo reconstitui o real, atribuindo-lhe um significado específico (Abric, 1994). Esta significação resultaria directamente das atitudes e das opiniões, conscientes ou não, das crenças, valores, etc, emitidas pelo indivíduo ou pelo grupo nunca sendo, por isso, uma mera reprodução passiva de um exterior num interior.

As representações surgem então como reflexo, não de um dado objecto em si mesmo, mas das relações complexas, reais ou imaginárias, objectivas ou simbólicas, que o sujeito estabelece com esse objecto. Estas relações fazem com que as representações se apresentem como um sistema simbólico, que se caracteriza por ser perfeitamente organizado e estruturado, em que a sua principal função é a apreensão e controlo do mundo pelo sujeito, permitindo-lhe compreendê-lo e interpretá-lo e assim poder agir sobre ele. Uma vez constituída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação (Moscovici, 2001).

Vamo-nos então referir às representações enquanto conhecimento socialmente elaborado e partilhado.

2.2. As representações como conhecimento socialmente elaborado e partilhado

O indivíduo, enquanto entidade individual que detém um papel activo na construção das representações, não se encontra num vazio social. Ao viver em comunidade, como ser social, o sujeito partilha os diferentes aspectos da sua realidade do dia-a-dia com os outros que o rodeiam, procurando intencionalmente que a interacção com eles lhe facilite a compreensão e a gestão de diferentes aspectos do real (Jodelet, 1989).

Uma representação é social no sentido em que é partilhada pelos sujeitos de um mesmo grupo social e é colectivamente elaborada. Segundo Moscovici (1976) a natureza social das representações sociais encontram a sua origem na vida quotidiana, no decurso das comunicações entre indivíduos. Jodelet (1986, p.473) refere que enquanto produto de interacções sociais específicas entre grupos e indivíduos, as representações sociais resultam não só das experiências individuais, como também das “informações, saberes, modelos de pensamento que nós recebemos e transmitimos através da tradição, educação e comunicação social”. Assim, as representações surgem como um saber, desenvolvido e produzido pelo indivíduo, com base na sua experiência, em que é permanentemente influenciado por uma multiplicidade de factores que se podem organizar em três níveis: cultura (valores, crenças e modelos de grupo), linguagem e comunicação, e por fim sociedade (contexto ideológico e histórico, estatuto e papel social).

Para Jodelet (1989), as representações sociais estão presentes no discurso (surgindo através das palavras e sendo transmitidas através das mensagens e imagens mediáticas) bem como nos comportamentos do indivíduo. As representações revelam então algumas características dos sujeitos que as constroem, dando ao objecto ou assunto representado uma definição específica partilhada pelos membros de um mesmo grupo, o que remete para um sistema de pensamento, ideologia e cultura, não podendo as representações serem separadas da condição social (valores, crenças) nem das experiências vividas pelos indivíduos. Esta partilha permite uma visão consensual da realidade, constituindo uma linha orientadora para a acção e para o relacionamento entre os indivíduos. São uma forma de conhecimento (uma espécie de saber do senso comum), socialmente elaborada e partilhada, assumindo uma visão prática e útil para a construção de uma realidade comum a um grupo social. Com efeito, enquanto sistemas interpretativos (apoiados em elementos informativos, cognitivos, ideológicos, crenças, valores, imagens, atitudes, etc.), que regem a relação do indivíduo com o mundo e com os outros, as representações organizam e orientam os comportamentos e a comunicação, permitindo ao Homem dar resposta às grandes questões com que se confronta com a sua existência.

Na construção e transformação das representações sociais estão envolvidos os processos de objectivação e ancoragem, designados de processos sócio-cognitivos, os quais iremos abordar de seguida.

3. Os processos sócio-cognitivos nas representações sociais

A noção de representação social engloba duas componentes que se relacionam, a psicológica e a social. A componente psicológica, subjectiva, diz respeito ao acto de representar enquanto acto de pensamento através do qual um determinado sujeito se reporta e se aproxima de um concreto objecto (Jodelet, 1989). Desta forma, uma representação social deve ser encarada como uma construção psíquica individual que veicula normas e valores sociais. Segundo Moscovici (1984) é o resultado de uma actividade mental do indivíduo, surgindo como um universo de opiniões ou de crenças à volta de uma significação central e que inclui três dimensões: a informação, a atitude e o campo da representação.

A informação relaciona-se com a soma e organização dos conhecimentos sobre o objecto de representação que o sujeito possui. A sua apreciação supõe que se relacione o discurso do sujeito com os caracteres objectivos do objecto. É possível isolar níveis de conhecimento e de os definir, quer pela quantidade de informação relativa ao objecto, quer pela qualidade dessa informação detida.

A atitude exprime a orientação global, positiva ou negativa, em relação ao objecto da representação sendo um mecanismo psicológico, estudado em relação ao mundo social e em conjugação com os valores sociais e crenças. Segundo Guerreiro (2001), Doise (1991) refere que as atitudes psicológicas relacionam com os valores sociais. Estes são considerados como elementos próprios de um modo de vida colectiva, já as atitudes são encaradas como tendências para agir, igualmente objectivas e observáveis, mas próprias dos indivíduos. Assim, as atitudes surgem como a vertente psicológica de uma realidade, na qual a vertente social é constituída pelos valores e crenças.

O campo da representação designa o “conteúdo concreto e limitado das proposições sobre um aspecto preciso do objecto de representação” (Moscovici, 1976, cit. por Neto, 1998, p.454). Remete-nos para aspectos imagéticos da representação, isto é, para a construção significativa que é feita do objecto integrando e interpretando as informações de que o sujeito dispõe, com a ideia de uma organização ou de uma hierarquia de elementos. Esta noção deve ser analisada sob aspectos distintos, tais como os elementos constitutivos do campo, da sua extensão, da sua estrutura, da sua estabilidade, do seu carácter mais ou menos imaginado ou abstracto em relação ao objecto, dos elementos mais ou menos centrais (o núcleo) ou periféricos.

Estes três elementos que constituem as representações sociais denotam o seu sentido e conteúdo e a sua análise permite estabelecer o grau de organização da representação e delimitar a distinção entre grupos em função de um fenómeno estudado.

Moscovici (2003) põe em evidência dois processos fundamentais que explicam o modo como o social transforma um conhecimento em representação e como esta representação transforma o social. Estes dois processos, a **objectivação** e a **ancoragem**, mostram a interdependência entre a actividade psicológica e as suas condições sociais, descrevendo o funcionamento e a emergência de representações sociais (Jodelet, 1986).

A objectivação une a ideia de não-familiaridade com a realidade (Moscovici, 2001), ou seja, é o mecanismo que permite a concretização do abstracto, a reprodução de um conceito numa imagem. Na objectivação, de acordo Jodelet (1986, p.481), o social reflecte-se na “disposição e na forma dos conhecimentos relativos ao objecto de uma representação. Articula-se com uma característica do pensamento social, a propriedade de tornar concreto o abstracto, de materializar a palavra. A objectivação pode assim definir-se como uma operação imagética e estruturante.”

No caso de um objecto complexo, o processo de objectivação pode ser subdividido em três fases distintas:

1) Selecção e descontextualização dos elementos da teoria, em que se procura dar a noções mais abstractas um carácter concreto, imagético e mais facilmente acessível. Neste primeiro momento, visa-se, então, seleccionar o conjunto de elementos, crenças e ideias que circulam acerca do objecto, não sendo possível objectivar toda a informação sobre o mesmo. Este processo obedece a um princípio de selecção de informação que não é neutro, onde só parte da informação disponível é que é tratada. A informação seleccionada tem de formar um todo coerente que, de acordo com Jodelet (1986), obedece a critérios culturais (não existe um acesso igual a todas as informações por parte de todos os grupos) e, sobretudo, a critérios normativos (só se retém aquilo que está em concordância com o sistema de valores que o rodeia). Como as informações retidas e seleccionadas são extraídas do contexto inicial, desligadas do campo científico a que pertencem, temos o fenómeno da descontextualização, que aparece sobretudo na transformação das ideias científicas em conhecimento quotidiano.

2) Formação de um *núcleo figurativo*, em que, segundo Jodelet (1986), os elementos seleccionados são organizados de forma a constituírem um padrão de relações estruturadas. É, então, forjada uma imagem visual de uma organização abstracta, sendo o núcleo organizador da representação, pois capta a essência do conceito, da teoria, ou da ideia alvo de objectivação, reduzindo-se a complexidade da informação. Assim, quando um grupo social

dispõe de um núcleo figurativo torna-se mais fácil falar da ideia ou do contexto representados, o que, por sua vez, facilita a compreensão do mundo que nos rodeia e de nós mesmos.

3) Naturalização, a qual consiste na operação pela qual os conceitos se “movem em verdadeiras categorias de linguagem e entendimento – categorias sociais, certamente - próprias para ordenar os acontecimentos concretos e serem abafados por eles (Moscovici, 1984, p.30). O núcleo figurativo torna-se autónomo e, separado do seu contexto inicial, torna-se uma expressão imediata e directa do objecto de que é questão. A transformação de um conceito numa imagem perde o seu carácter simbólico arbitrário e converte-se numa realidade com existência própria. A representação da realidade torna-se realidade da representação.

A estabilidade do núcleo figurativo, orientando as percepções e os julgamentos, fornece os instrumentos ao segundo processo das representações sociais, a ancoragem.

À semelhança da objectivação, a ancoragem, permite transformar o que é estranho em algo familiar. Porém, se a objectivação reduz a incerteza perante objectos por meio de recurso a uma transformação simbólica e imagética, a ancoragem coloca o que é estranho num contexto familiar através de reduzir o que não é familiar a categorias e a imagens comuns, isto é, incorpora o que é estranho mediante a inserção numa rede de categorias e de redes pré-existentes. Moscovici (2001, p.42) refere que “é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, no nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa”. Assim, se a objectivação reflecte a intervenção do social na representação, a ancoragem traduz a intervenção da representação no social.

O processo de ancoragem não se limita ao conteúdo, mas engloba as actividades cognitivas de reconstrução e de remodelação, em três direcções. Num primeiro momento a ancoragem equivale à atribuição de uma funcionalidade instrumental. As categorias ou objectos naturalizados, coisificados, vão constituir-se em sistemas de interpretação e de classificação num conjunto da realidade social, pois “os sistemas de classificação e nomeação (...) não são, simplesmente, meios de graduar e de rotular pessoas ou objectos considerados como entidades discretas. O seu objectivo principal é facilitar a interpretação de características, a compreensão das intenções e motivos subjacentes às acções das pessoas, na realidade, formar opiniões. (...) Desse modo, representações pré-existentes são de certo modo modificadas e aquelas entidades que devem ser representadas são mudadas ainda mais, de tal modo que adquirem uma nova existência” (Moscovici, 2001, p.48).

Ou seja, permite ao indivíduo classificar e fabricar uma tipologia das pessoas e das situações. O sistema de interpretação tem uma função de mediação entre o indivíduo e o meio e entre os membros de um mesmo grupo. “Enquanto sistema de interpretação, a representação

social revela-se como mediadora entre os membros de um mesmo grupo humano, mediadora geral pela extensão do seu horizonte, colectiva pelo seu poder e a sua origem” (Moscovici, 1984, p.29).

Num segundo momento, constitui-se uma “rede de significações” a partir dos valores salientes na sociedade e nos seus diversos grupos. Jodelet (1986, p.487) refere, a este propósito, que “este enraizamento da representação na vida dos grupos constitui para numerosos investigadores um traço essencial do fenómeno representativo, já que explica a sua ligação com a dada cultura ou uma dada sociedade”.

Por fim, a ancoragem refere-se também à integração cognitiva do objecto representado no sistema de pensamento pré-existente e às transformações que daí advêm. Enquanto que a objectivação traduz a constituição formal de um conhecimento, a função cognitiva de integração denota a sua inserção orgânica num pensamento constituído, já que a representação não se inscreve numa tábua rasa (Jodelet, 1986).

Segundo Jodelet (1986), Moscovici refere a hipótese de que modalidades distintas de conhecimento coexistem num mesmo indivíduo ou num mesmo grupo, correspondendo a relações definidas do homem ou do grupo com o seu meio. Esta coexistência dinâmica determina um estado de *polifasia cognitiva*, fenómeno este que se relaciona com o contacto entre o carácter criador, autónomo da representação social e os quadros de pensamento antigos. “O contacto entre a novidade e o sistema de representação pré-existente está na origem de duas ordens de fenómenos, de certa maneira opostos, que dão às representações uma dualidade, por vezes surpreendente. A de serem, ao mesmo tempo, inovadoras e rígidas, móveis e remanescentes, e isto, por vezes, no interior de um mesmo sistema” (Jodelet, 1986, p.490).

Resumindo, o processo de ancoragem articula as três funções-base da representação: função cognitiva de integração da novidade, função de orientação das condutas e das relações sociais, função de interpretação da realidade (Jodelet, 1986). A ancoragem e a objectivação, de acordo com a autora, são processos básicos no enquadramento e funcionamento das representações sociais e mantêm entre si uma relação dialéctica. Visam tornar inteligível a realidade, resultando daí um conhecimento prático e funcional. É através destes dois processos que os indivíduos e grupos constroem um conhecimento social da realidade cujo resultado são transformações no sistema de pensamento dos indivíduos e dos grupos.

Verificámos anteriormente que as atitudes fazem parte integrante do processo de construção das representações sociais. Seguidamente abordaremos o conceito de atitude, bem como ao seu processo de formação e mudança.

4. Representações sociais e atitude

Como já referimos, a atitude surge como designando um estado psicológico que predispõe a pessoa para a acção. Uma vez que têm surgido múltiplas propostas de definição para este conceito, torna-se difícil o avanço de uma definição de atitude consensualmente aceite.

Para Jones e Guskin (1984) é a combinação de conceitos, informação verbal e emoções que resultam numa predisposição para responder favorável ou desfavoravelmente face a um grupo de pessoas, ideias, acontecimentos ou objectos. Enquanto comportamento, a atitude teria subjacente cinco características que permitem responder às questões de quem faz o quê, a quem, onde, quando e porquê. São elas:

- Sujeito: que remete para o actor específico que exhibe um comportamento específico (quem tem / manifesta determinada atitude)

- Objecto: aponta para o alvo da atitude / comportamento exibido pelo sujeito (sobre o quê ou quem é a atitude)

- Contexto: reenvia para aspectos vários que influenciam a atitude e o comportamento exibido pelo sujeito face ao objecto, por exemplo, a existência ou não de contacto com o objecto de atitude e a disponibilidade de informação sobre o outro (em que condições é expressa a atitude do sujeito face ao objecto). As atitudes baseiam-se em algo mais do que o conhecimento do objecto, sendo influenciadas por outras informações relativas ao objecto de atitude.

- Influências: Este factor remete para vários itens que influenciam o tipo de atitude exibida pelo sujeito face ao objecto.

- Consequências: Remete para as suas consequências (quais os efeitos da atitude). As consequências podem ser a vários níveis: comportamentos, sentimentos exibidos quando em situação de interacção, participação, apoio e integração.

Para Triandis (1971) a atitude é uma ideia carregada de emoção que predispõe a um conjunto de acções em relação a um conjunto particular de situações sociais. Esta definição remete para três dimensões, as quais correspondem às distintas componentes das atitudes: ideia (componente cognitiva), emoção subjacente à ideia (componente afectiva) e predisposição para a acção (componente comportamental). A componente cognitiva reflecte os pensamentos acerca do objecto da atitude, assumindo um carácter perceptual, informativo ou estereotipado. Esta componente aponta para a forma como o objecto de atitude é designado e definido pelo sujeito que “pensa, sente e age” em relação a esse mesmo objecto. Neste sentido podemos referir que as pessoas agem de modo distinto perante o mesmo estímulo, por um lado porque a forma como o entendem e sentem é diferente, de acordo com a sua

individualidade psicossocial e experiências vividas, por outro lado, porque os sujeitos podem associar aos estímulos, objectos de atitude (pessoas, acontecimentos, ideias) determinadas crenças, valores e normas sociais, que irão afectar, de modo mais ou menos profundo, mais ou menos directo a sua atitude. A componente afectiva remete para o sentimento de agrado ou desagrado experimentado pelo indivíduo face ao estímulo ou objecto da atitude. A componente comportamental da atitude diz respeito aos comportamentos ou actos, a uma predisposição, nomeadamente de aproximação ou afastamento, que o indivíduo apresenta face ao objecto de atitude, surgindo associada a esta componente um importante conjunto de crenças, que de forma mais ou menos directa influencia a acção. Estas componentes devem ser consistentes entre si, caso contrário, a pessoa experiencia dissonância, sendo esta um estado instável que poderá motivar a pessoa a mudar a sua atitude, embora isso nem sempre aconteça (Triandis, Adamopoulos & Brinberg, 1984).

A forma extrema de uma atitude negativa é designada de preconceito. A este está associado uma componente conceptual (ideias do sujeito acerca de grupos, pessoas), uma componente afectiva (as emoções subjacentes) e a componente comportamental (predisposição para agir de acordo com as ideias e as emoções), sendo então o preconceito, segundo Corrigan (2004) a concordância com a crença e/ou reacção emocional negativa. A componente conceptual do preconceito, de acordo com Tajfel e Thomas (1978, cit. por Guerreiro, 2001) é expressa pelo uso de estereótipos que remetem para a atribuição de características auto seleccionadas aos distintos grupos de indivíduos, ou seja, são crenças negativas acerca de um grupo (Corrigan, 2004). O preconceito é frequentemente encarado como produzindo uma aparência de ordem, assumindo um papel importante na organização do mundo exterior por parte do indivíduo. O preconceito é adquirido através do processo de assimilação presente na aprendizagem, da identificação com o grupo social de pertença e da aceitação da avaliação efectuada por esse grupo face ao exterior. Na realidade, os indivíduos não têm experiências directas com todos os objectos de atitude, sendo limitadas, pelo que a maioria das suas atitudes é formada nas escolas, na família ou então é baseada no que os outros lhe transmitem (informação veiculada). Assim, um dos aspectos mais determinantes no desenvolvimento das atitudes e na aceitação de preconceitos e estereótipos remete para a informação transmitida ao sujeito ao longo do seu processo de socialização e de formação, em que a informação veiculada pelos mass media assume um papel fulcral.

O processo de formação da atitude não é inato, sendo adquiridas no processo de integração do indivíduo na sociedade, nomeadamente durante o processo de socialização, em que se destaca a importância de factores, tais como: instituições (escola, família e influência parental durante o processo de crescimento da criança), experiências directas (contactos ou

acontecimentos traumáticos) e experiências indirectas, em que a comunicação social assume um papel muito importante, nomeadamente ao nível da mudança de atitudes (Triandis, Adamopoulos & Brinberg, 1984). De acordo com Triandis (1971), a mudança de atitude pode ser provocada mudando-se: a) a componente cognitiva (a mudança de atitude pode ocorrer quando o sujeito recebe nova informação, através dos mass media, por exemplo), b) a componente afectiva (por exemplo, mediante o sentimento de agrado ou desagrado na experiência directa com o objecto de atitude) ou c) mudando-se a componente comportamental (nomeadamente através da exigência, por exemplo, legal, de um comportamento contraditório às atitudes que o indivíduo apresenta). A mudança de atitude dá-se mais facilmente de acordo com a base da atitude. Por exemplo, se a base da atitude é sobretudo informacional, uma mudança de atitude é mais facilmente conseguida através da informação, sendo extremamente importante conhecer qual a base de uma determinada atitude para haver uma real mudança de atitude (Triandis, Adamopoulos & Brinberg, 1984). Como há uma tendência a existir correspondência entre os componentes de qualquer atitude, as alterações numa destas componentes muito provavelmente terão reflexos nas restantes componentes. De acordo com Triandis (1971), para além destas, existem outras formas de alterar atitudes, tais como uma “experiência traumática” com o objecto, psicoterapia, entre outras.

Como vimos, no processo de alteração da atitude existem várias influências no indivíduo, começando pela *fonte* de mudança de atitude, que poderá ser uma pessoa, um grupo, os mass media ou o próprio objecto de atitude, em que, de acordo com Lima (2004), o grau de atracção da fonte, o seu estatuto social e a sua credibilidade são características a ter em consideração neste processo. Também é importante considerar as características da *mensagem* produzida pela fonte. A mensagem pode ser algo dito ou feito por uma pessoa, uma decisão de grupo, uma notícia, uma experiência ou incidente que uma pessoa tenha tido na presença do objecto de atitude. Mas o grau de influência da fonte e da mensagem depende da natureza do auditório, estando a mudança de atitude dependente também da atenção à mensagem, compreensão do seu conteúdo e aceitação das suas conclusões (Lima, 2004). A mudança de atitude estaria assim dependente destes processos cognitivos (atenção, memória, compreensão). McGuire (1968, cit. por Watts, 1984) descreveu cinco etapas que caracterizam o processo de mudança de atitude, em que a falha de qualquer uma delas faria terminar o processo. São elas: a atenção (à mensagem), a compreensão (identificação do significado da mensagem), a aceitação (concordância com as conclusões apresentadas), a retenção (em que a mudança de atitude deve manter-se na memória durante algum tempo) e a acção (a mudança de atitudes deve ter consequências comportamentais).

Podemos então dizer que a atitude não é inata, mas aprendida através da interacção com os objectos sociais e em contextos e situações sociais. Enquanto tal, a atitude reflecte uma dada interacção e objectivo, sendo passíveis de mudança, porque os indivíduos adquirem sempre informação e experiências novas que se relacionam com o objecto em questão. Assim a atitude não é estática, estando em constante mudança, influenciando as relações intragrupais e intergrupais, e surgindo como reflexo da sociedade, num dado momento histórico e cultural. No entanto, e, de acordo com Guerreiro (2001), Tajfel e Thomas (1978) referem que algumas atitudes estão firmemente enraizadas, podendo ser legitimamente encaradas como um traço de personalidade e sendo vigorosamente resistentes à mudança.

A atitude pode desenvolver-se em três contextos motivacionais: procura de significado, conformidade com o grupo de pertença ou necessidade do ego, assumindo uma função de defesa do indivíduo, em que quanto mais profundas forem as bases para uma atitude, maior resistência à mudança será exibida pelo sujeito (Guerreiro, 2001).

Como referimos, a atitude está relacionada com as representações sociais, pois, ao representar o indivíduo faz apelo às informações relativas ao objecto e às suas crenças e atitudes, criando uma nova imagem do objecto. Ou seja, a representação permite compreender a realidade através do seu próprio sistema de referência e desenvolver uma actividade de assimilação e apropriação da realidade. Neste estudo, a atitude é considerada como uma das componentes da representação social, construindo-se através das relações de comunicação estabelecidas entre os actores sociais, reflectindo toda uma diversidade de factores, entre eles, as crenças, sentimentos, percepções e valores.

Assim, seguidamente iremos analisar e fazer uma breve revisão a estudos relativos às representações sociais, imagens ou atitudes que as pessoas que exercem a função de contratar (os recrutadores) têm da pessoa com doença mental.

5. Estudos empíricos sobre representações sociais dos recrutadores

Antes de fazermos referência aos estudos propriamente ditos, iremos definir saúde mental, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), e referir-nos brevemente à doença mental, prevalência desta na população geral, importância da integração laboral no processo de recovery do doente mental e dificuldades nesta integração laboral.

A Organização Mundial de Saúde define saúde mental como o “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis” (Comissão Europeia [CE], 2005, p.4).

É atribuído às doenças mentais 8,1% da carga mundial de morbilidade, calculando-se que as perturbações mentais afectem mais de um em cada quatro adultos (OMS, 2001). Neste sentido, “a condição mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de factores, nomeadamente biológicos (...), individuais (...), familiares e sociais (...) e económicos e ambientais” (CE, 2005, p.4), sendo também nos problemas mentais que residem cinco das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo, destacando-se a depressão endógena, a esquizofrenia, os transtornos afectivos bipolares, o alcoolismo e os transtornos obsessivo-compulsivos (OMS, 2001).

No estudo ‘The health of adults in the European Union’, efectuado em 2003, “Portugal era o terceiro país dos 15 com mais casos de morbilidade psiquiátrica geral (EEIG, 2003), situação que se deverá ter mantido ou piorado” (“Projecto”, s.d., p.6). A nível nacional, estima-se que a prevalência das perturbações mentais na população geral ronde os 30%, sendo cerca de 12% a de perturbações mentais graves (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2004). Não existem muitos dados que possibilitem uma melhor caracterização desta população no nosso país, não se conhecendo a prevalência e a incidência da grande maioria das perturbações mentais (Ministério da Saúde [MS], 2002, 2007). Não obstante, os dados existentes apontam para que provavelmente não difiram muito dos encontrados em países europeus com características semelhantes, embora os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres e idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado que na restante Europa, segundo o MS, 2007, 2008a).

Sendo tão elevada a percentagem de população com doença mental e estimando-se “que mais de 27% dos europeus adultos vivem pelo menos uma forma de doença mental durante um ano dado” (CE, 2005, p.4) e que “em todo o mundo as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices de 40% na Europa” (OMS, 2001 cit por MS, 2007, p.22) é premente intervir na área da saúde mental no sentido quer de prevenir quer de tratar a doença mental. Esta intervenção é tanto mais justificada pelos custos associados à doença mental, em que, no plano económico, “a doença mental custa à EU cerca de 3 a 4% do seu PIB” (produto interno bruto, CE, 2005, p.5), sendo pouco o dinheiro investido face aos custos que a doença mental acarreta.

A nível europeu, e em parte devido à discriminação pelas suas incapacidades, têm sido delineadas a nível político, algumas medidas e estratégias que preconizam o direito e igualdade de oportunidades, incentivando a participação de todos os cidadãos nos mais diversos contextos da vida social, tais como o Tratado de Amesterdão (1999), a iniciativa “e-Europe 2002”, o Plano de Acção Europeu apresentado pelo Conselho da União Europeia. Outra referência é o Livro Verde da Comissão Europeia e a Declaração de Helsínquia, que

basicamente propõem a definição de uma estratégia comunitária no domínio da saúde mental. Actualmente, Portugal conta com esta colaboração internacional para o delinear de estratégias e intervenções que favoreçam a promoção da saúde mental e facilitação e integração das pessoas com doença mental junto da sua comunidade, e posteriormente iremos fazer uma breve abordagem a este tópico.

Não obstante todas as medidas e avanços, bem como a aproximação dos doentes mentais à comunidade e procurar-se a sua inserção e igualdade de direitos, a verdade é que continua a ser vedado às pessoas com doença mental grave a plena participação na vida comunitária, tendo elas de enfrentar barreiras sociais, económicas e pessoais significativas. Uma das principais barreiras é o estigma e a discriminação, que dificultam o acesso ao emprego, habitação e diminuem a qualidade de vida. As pessoas doentes ou diminuídas mentais deparam-se com o medo e os preconceitos dos outros, baseados frequentemente em equívocos sobre a doença mental. O estigma aumenta, assim, o seu sofrimento pessoal e exclusão social, afectando severamente a sua auto-estima e adaptação social (Hand & Tryssenaar, 2006). De acordo com Strauss, Bartko, Carpenter (1981, cit. por Mezzina et al, 2006), este isolamento social e estigma exercem uma influência significativa no desenvolver da doença, tendo consequências nas famílias e sociedade.

O'Hara (2004, cit. por Roessler, Neath, McMahon & Rumrill, 2007), num estudo acerca da discriminação laboral escreveu que as pessoas com incapacidades referem que sentem discriminação a quatro níveis: na sua integração, discriminação relacionada com aceitação na organização, gozação por parte do supervisor relativamente à incapacidade e comentários de desempenho injustos. De acordo com Gildbride, Stensrud, Ehlers, Evens & Peterson (2000), as pessoas com doença mental sentem dificuldade de acesso ao trabalho devendo-se aquela às atitudes negativas do empregador e ao clima de aceitação ou não aceitação que aqueles criam, estando, por sua vez, o clima organizacional associado com o desempenho dos trabalhadores. Uma das estratégias a que muitas pessoas com doença mental recorrem para lidar com a dificuldade de acesso ao mundo laboral é ocultando a sua condição médica aquando da procura de emprego. Esta estratégia aumenta a sua probabilidade de conseguir trabalho. Segundo os autores referenciados, estudos demonstram que os doentes mentais têm melhores desempenhos nas entrevistas de emprego se acreditam que o entrevistador desconhece os seus antecedentes psiquiátricos (Farina et al, 1971). Não encontramos nenhum estudo empírico, a nível nacional, que fizesse referência às dificuldades que as pessoas com doença mental possam sentir no acesso e na sua integração laboral.

A prevalência das barreiras para uma igualdade de oportunidades ao nível do emprego é corroborada pelas constantes e elevadas percentagens de desemprego entre esta população.

Apesar destes doentes desejarem trabalhar, a verdade é que a prevalência de desemprego é 3 a 5 vezes superior nas pessoas que tiveram ou têm perturbação mental comparativamente com as pessoas sem episódio de doença mental (Hand & Tryssenaar, 2006). De acordo com o Royal College of Psychiatrists (2002, cit. por Hannon, s.d), também as pessoas com problemas de saúde mental a longo termo têm probabilidades bastante mais elevadas de estarem no desemprego do que as pessoas com incapacidades físicas a longo-termo, isto apesar do seu desejo ser trabalhar ou estarem envolvidos em trabalho significativo.

De acordo com Bush (2001) e Kennedy e Olney (2001, cit. por Hunt & Hunt, 2004), a taxa de desemprego para pessoas com incapacidades, principalmente pessoas com incapacidades severas, tem-se mantido estável aproximadamente nos 70% na última década. Também a taxa de empregos competitivos é muito baixa (Murphy, Mullen & Spagnolo, 2005), tendo a investigação mostrado que a percentagens de pessoas com doença mental empregadas em mercados competitivos situa-se entre os 10 a 30%. Desta percentagem somente 10 a 15%, dos que estiveram empregados, conseguem manter o trabalho de um a cinco anos ou mais (Wong et al, 2004). De acordo com o estudo realizado pelo CRPG (2007) mesmo quando trabalham, verifica-se, muitas vezes, uma sobrerepresentação destes indivíduos em situação de subemprego, nomeadamente ao nível da existência de uma subutilização de capacidades. Além das desigualdades no acesso ao trabalho e no subemprego, observa-se ainda uma sobrerepresentação das pessoas com deficiências e incapacidades em empregos sem remuneração, nos níveis de rendimento e de salário mais baixos, e no trabalho não qualificado. De acordo com estudo de Lusting, Strauser e Donnel (2003), também a satisfação laboral dos doentes empregados com doença mental, tal como acontece nas pessoas sem doença mental, está muito associada aos benefícios laborais, tais como: férias, segurança social, baixa por doença, reforma, o que, de acordo com o seu estudo, nos EUA, em grande parte não acontece, e, embora não tenhamos encontrado dados a este nível, provavelmente em Portugal também não acontecerá.

O grau e o modo de inserção no mundo do trabalho são dimensões fundamentais da vida social, pois, para além dos benefícios económicos, à participação na produção estão associados processos básicos de desenvolvimento da identidade social, reconhecimento social, referenciais de participação cívica e política, possibilitando também, de acordo com Schur, Kruse e Blanck (2005, cit. por Roessler et al., 2007), melhores resultados psicossociais tais como um aumento das redes sociais, das competências cívicas, independência, auto-eficácia e inclusão, oportunidade para socializar e desenvolver novas relações, e, segundo Mezzina e colaboradores (2006), sentimento de utilidade e sentido para a vida. Todavia, o que se constata é que as pessoas com incapacidades continuam a ser discriminadas desde logo no

acesso ao trabalho (CRPG, 2007), dificultando a sua integração social. E esta negação no acesso ao trabalho ou na sua manutenção tem um impacto negativo nos resultados psicossociais atrás referenciados, conduzindo também a que as pessoas com doença mental desistam de procurar trabalho (Mail online, 2008). É de referenciar que cerca de 70% das pessoas com incapacidades psiquiátricas americanas dependem financeiramente da Segurança Social (U.S. General Accounting Office, 1996 cit. por Marques, 2008).

Para além da própria literatura documentar bem a importância e os benefícios do trabalho para as pessoas com doença mental, defendendo-se que o envolvimento nas actividades laborais e o desempenhar de papéis sociais significativos são uma componente essencial no seu processo de recovery (Davidson et al, 2005; Wong et al, 2004), também as próprias pessoas com incapacidades psiquiátricas frequentemente identificam o emprego como sendo uma parte integral daquele processo (Murphy et al, 2005). Com a consciencialização de que o emprego é uma experiência normalizante, ajudar os pacientes com incapacidades psiquiátricas a escapar do papel da dependência e a ‘voltar ao funcionamento normal’ torna-se mais importante que controlar os sintomas e reduzir a hospitalização (Drake, 1998; Mueser et al., 1997, cit. por Tsang & Lam, 2000). Merece então especial atenção o comportamento discriminatório de grupos-chave, como são os recrutadores. Este grupo não só toma decisões que condicionam oportunidades na vida do doente mental, como também, devido às suas posições de poder, as suas atitudes podem influenciar toda a organização e manter estereótipos (Corrigan, 2004).

De acordo com o estudo de Shafer e colaboradores (cit. por Siperstein et al., 2006), os empregadores referem que o principal motivo para contratarem pessoas com doença mental ou incapacitadas é a crença de que merecem uma oportunidade de trabalho, para dez anos depois do estudo, referirem que para além de merecerem, precisam de igualdade laboral. Porém, estudos referem que os empregadores em geral têm relutância em empregar e promover pessoas com história de doença mental (Dewa, McDaid & Ettner, 2007; Hand & Tryssenaar, 2006), isto porque apesar de globalmente defenderem que a pessoa doente mental deva ter igualdade no acesso ao trabalho e dele precisar, quando individualmente tem essa oportunidade há mais probabilidades de contratarem pessoas sem doença. E, de acordo com Combs e Omgig (1986), as deficiências físicas, com excepção para as surdez ou cegueira, são no geral mais fáceis de aceitar que as doenças mentais. As atitudes tendem a ser mais negativas em relação às incapacidades que são percebidas como sendo mais imprevisíveis ou estando mais ocultas, como é o caso da doença mental (Hannon, s.d). Nos resultados de um estudo da NDA Public Attitudes to Disability (cit. por Hannon, s.d) realizado em 2006, os respondentes, numa escala de 1 a 10, sentem-se muito menos confortáveis com colegas de

trabalho que tenham doença mental (7.21) comparativamente com colegas de trabalho que tenham incapacidade física (8.85), deficiência auditiva (8.69), visual (8.57) e deficiência intelectual (8.25).

A literatura, de acordo com Corrigan (2004), demonstra que os empregadores expressam um vasto leque de estereótipos acerca da contratação de pessoas com doença mental, que são especialmente problemáticos para as pessoas doentes mentais, entre eles os de que as pessoas com doença mental: a) são perigosas e devem ser evitadas; b) têm tanta vergonha pelas suas incapacidades que desenvolvem um carácter fraco; c) são incompetentes e necessitam de uma figura de autoridade que tome as decisões por elas. Segundo Hand & Tryssenaar (2006), os estereótipos dos empregadores centram-se na performance laboral, personalidade para o trabalho (work personality) e sintomas. Relativamente ao desempenho profissional, os empregadores associam aos doentes mentais uma baixa qualidade e quantidade produtiva, absentismo e baixa flexibilidade. Quanto à personalidade para o trabalho têm crenças da necessidade de excessiva supervisão, crêem que os doentes mentais têm pouco orgulho/identificação no trabalho, pouca aceitação do papel/ funções laborais, dificuldade em seguir as instruções, baixa capacidade para socializar assim como uma baixa capacidade de persistência no trabalho. Os empregadores têm também crenças negativas em relação a factores pessoais dos doentes mentais, tais como, motivação para o trabalho, quantidade de trabalho, seguir instruções, fazer amigos, probabilidade para as ofensas e ficar irado. Sobrino (s.d) corrobora estes dados referindo que as dificuldades de acesso ao trabalho e integração por parte de pessoas com doença mental crónica, derivam, para além da actual situação económica e laboral, da influência de factores como os derivados do preconceito social e os derivados da própria doença, tais como o impacto directo ou indirecto da sintomatologia associada e eventualmente de algumas estratégias terapêuticas (psicofarmacologia) no funcionamento psicossocial, escassa formação académica e profissional (pois muitas vezes a doença mental surge na adolescência), escasso interesse laboral e ausência de experiência laboral prévia ou experiência de trabalho anterior vivenciada como frustrante, ausência de hábitos básicos de trabalho e de competências sociais no ambiente de trabalho, dificuldades colocadas pela própria família (nomeadamente pouco apoio), desconhecimento do mundo laboral, dificuldades em aplicar todos os conhecimentos necessários para conseguir e manter um emprego. Ainda de acordo com o estudo de Hand e Tryssenaar (2006), os empregadores parecem perceber a acomodação/integração de pessoas com doença mental como sendo extremamente difícil. Wong et al (2004) refere que os empregadores apontam também a dificuldade destas pessoas regressarem ao trabalho após absentismo.

Segundo Corrigan (2004), para além dos estereótipos, também o preconceito e a discriminação (resposta comportamental ao preconceito) dificultam a integração social das pessoas com doença mental. A discriminação pode ser categorizada em 4 grupos: não ajudar o doente mental, coerção, segregação e evitamento, sendo este último que está presente quando empregadores não contratam pessoas com doença mental. Ainda de acordo com o autor, a investigação sugere que a maioria das pessoas estão conscientes daqueles estereótipos e aqueles que os incorporam estes têm maiores probabilidades de reagir de forma discriminatória.

Schur e colaboradores (2005, cit. por Roessler et al., 2007) refere que um em cada cinco empregadores acredita que os estereótipos, atitudes negativas e os consequentes comportamentos discriminatórios são as barreiras mais significativas que as pessoas com incapacidades têm de ultrapassar para manter um emprego. Segundo resultados de estudo de Dixon e colaboradores (2003, cit. por Hannon, s.d), os empregadores reconheceram que eles próprios constituem uma barreira à contratação de pessoas com doença mental, nomeadamente ao sentirem desconforto, não familiaridade, e terem a crença de que a natureza do trabalho é exigente e que as pessoas com incapacidades, entre elas a doença mental, não conseguem realizá-lo com eficácia. Aliás, Bond e colaboradores (1995, cit. por Marques, 2008) referem que também os familiares, profissionais e os próprios utentes têm dúvidas acerca das efectivas possibilidades de integração laboral destas pessoas, em particular no mercado competitivo de trabalho, estando assim esta cultura de desemprego na população psiquiátrica assumida e disseminada por todos os intervenientes no processo (Baron & Salzer, 2000, cit. por Marques, 2008).

As atitudes negativas para com o doente mental por parte do empregador e outros empregados mantêm-se devido aos mitos, métodos de reabilitação inadequados e por procedimentos de contratação por parte do empregador que visam apenas evitar riscos de contratação (Hannon, s.d). Os dados do NAMI study (cit. por Marques, 2008) corroboram estes dados referindo que o estigma e a discriminação (45%), o medo de perder os subsídios (39,8%), a reabilitação do défice funcional inadequado (23%) e a ausência de serviços de reabilitação vocacional (19,6%) são factores que têm contribuído para a falta de emprego. Ainda de acordo com o estudo de Shur et al (2005, cit. por Roessler et al., 2007), um em cada três empregadores referiram ser difícil ou muito difícil mudar as atitudes negativas por parte de supervisores.

Estudos reforçam a ideia de que programas junto dos empregadores contribuem para diminuir o estigma e aumentar a confiança em ajudar pessoas com doença mental (Dewa et al, 2007; Hannon, s.d) até porque, de acordo com Sobrino (s.d), a literatura especializada refere

que o diagnóstico e a história psiquiátrica, os resultados obtidos de testes de inteligência, aptidão ou outros, a sintomatologia presente e o funcionamento em ambientes não laborais são factores que não predizem o possível êxito ou fracasso laboral. Entre os factores que predizem e correlacionam com um desempenho adequado ao mundo laboral estão: possuir habilidades adequadas de ajuste laboral, ter uma história laboral prévia, ter expectativas e interesses ajustados ao mercado laboral, influenciam também os resultados obtidos em provas que medem a auto-imagem e auto-conceito como trabalhador, ter participado com êxito em programas que ajudam na procura de emprego, o apoio profissional e a motivação para trabalhar. Assim, se os estudos apontam que não é o diagnóstico nem a história psiquiátrica que predizem o fracasso laboral, se os empregadores reconhecem a dificuldade das pessoas com doença mental em aceder ao mundo laboral e a importância deste, e se o plano de recovery depende muito das atitudes dos empregadores há que entendê-las melhor para assim intervir de forma mais eficaz. Aliás, os incentivos financeiros por parte do Estado resultam para as deficiências físicas mas não tanto para a doença mental, isto devido ao estigma, o que reforça a importância de programas junto das entidades empregadoras e de quem exerce a função de recrutamento humano.

Estudos revelam que empregadores que contrataram pessoas com incapacidade indicaram que no futuro contratariam igualmente uma pessoa com incapacidade, ou seja, este processo de contratação permitiu afastar muitos receios e expectativas negativas (Siperstein et al, 2006). Hernandez (2000, cit. por Hannon, s.d), da revisão que fez de vários estudos, refere que uma experiência de contacto positivo com doença mental ajuda a que os empregadores tenham atitudes favoráveis para com os trabalhadores com incapacidades. De facto, a literatura refere a hipótese de contacto como uma forma de alteração de atitudes, nomeadamente no que respeita a incapacidades, sendo, contudo, de se ter em conta alguns factores, tais como: os membros do grupo terem o mesmo estatuto, ou o grupo minoritário ter um estatuto mais elevado, existir um clima favorável para a interação de grupo, a interacção ter uma natureza mais intimista do que casual e ser recompensadora e agradável e, finalmente, os dois grupos terem um objectivo comum que exija uma acção de interdependência e cooperação (Amir, cit por Watts, 1984). Antonak (1981, cit. por Hannon, s.d) refere que, no seu estudo, o factor que mais influência exerceu nos resultados atitudinais foi a intensidade de contacto com pessoas com incapacidades.

Também Hewstone (2003, cit. por Hannon, s.d) tentou responder como é que o contacto directo entre grupos laborais na mudança de atitude pode diminuir ou banir preconceitos. Hewstone referenciou Pettigrew (1998), o qual propôs quatro grandes mecanismos: 1) aprender acerca do outro grupo, o “out-group”; 2) orientação de

comportamento para uma mudança de atitude (behaviour-driven attitude change), como, por exemplo, formar atitudes mais positivas após colaborarem na aprendizagem de uma dada tarefa; 3) apreço pelo seu grupo; 4) promover a criação de laços afectivos, incluindo a formação de amizades próximas, pois é esta ligação afectiva que parece ser mais eficaz na redução do preconceito. Deal (2006, cit. por Hannon, s.d), refere que esta hipótese de contacto não se verificou no seu estudo entre pessoas com incapacidades relativamente a outras pessoas também elas com incapacidades, porém sugere que o carácter voluntário ou involuntário do estabelecimento deste contacto poderá ser uma variável significativa.

A literatura mostra que os efeitos da mudança de atitude depende de um conjunto de factores individuais e situacionais, que produzem a mudança através de distintos processos em distintas situações. Existem múltiplos processos específicos que podem determinar o impacto e a direcção da mudança de atitude. Petty e colaboradores (1998, cit. por Hannon, s.d), com base em estudos empíricos, considera útil distinguir os processos responsáveis pela mudança de atitudes; assim, privilegia os processos que enfatizam um esforço mental ao nível do pensamento relativamente aos méritos significativos do objecto alvo de atitude em detrimento de processos que não o fazem. As atitudes que são modificadas como um resultado de um esforço mental considerável tendem a ser mais fortes do que as alteradas com pouco esforço mental (Hannon, s.d).

Com base no referenciado por Hannon (s.d), podemos apontar, numa perspectiva global e generalista, três estratégias para mudança de atitudes para com a pessoa com doença mental (fazendo em simultâneo uma breve referência ao que vem sendo feito em Portugal). A primeira estratégia refere-se a intervenções que legislam contra a discriminação e injustiça e intervenções que promovam e apoiem a igualdade na educação, emprego e sectores sociais. Em Portugal, no âmbito da saúde mental, nos anos 90, foi aprovada a lei 36/98 (Lei de Saúde Mental) e o decreto-lei nº35/99 (Lei de Saúde Mental), concordantes com os princípios actualmente recomendados pelos organismos internacionais preocupados não só com a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental, mas com a organização dos serviços nesta área (MS, 2007), privilegiando-se a criação de serviços descentralizados, permitindo respostas mais próximas da população e uma maior articulação com os centros de saúde e as agências da comunidade (MS, 2008a).

Também a partir do final dos anos 90, ao abrigo do Programa Horizon da CE, do despacho 407/98, de 18 de Junho (MS, 2008a) e da legislação de apoio ao emprego, foram desenvolvidos programas e estruturas de reabilitação psicossocial no âmbito da desinstitucionalização e inserção comunitária (fórum ocupacional, unidade de vida protegida, unidade de vida autónoma). Estes programas e estruturas, apesar de terem permitido a criação

de residências na comunidade e empresas sociais para doentes mentais graves, constituem um âmbito limitativo (MS, 2008a). Apesar de estas e outras medidas, o que se tem verificado em Portugal é que se “desinstitucionalizou os seus doentes mentais sem criar estruturas comunitárias, para o que se apoia na solidariedade da família. Ou seja, Portugal “trans-institucionalizou” os seus doentes mentais na família” (Alves, 2008, p.66).

A lei nº 38/2004, de 18 de Agosto refere-se ao regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência, destacando que toda a pessoa com deficiência tem direito ao acesso a todos os bens e serviços da sociedade, não podendo ser discriminada. Um dos últimos desenvolvimentos em matéria de saúde mental em Portugal, é o Plano Nacional de Saúde Mental- resumo executivo- 2007-2016, pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental, o qual, consiste numa proposta com base na colaboração internacional, nomeadamente da OMS e da União Europeia, com a aprovação da Declaração de Helsínquia e do Livro Verde para a Saúde Mental (MS, 2008a). Este plano tem como um dos valores e princípios que as pessoas com doença mental sejam protegidas contra todos os tipos de discriminação, nomeadamente que sejam respeitadas em todos os seus direitos, entre eles o de acesso ao emprego e a prestação de cuidados de saúde e comunidade serem realizados no meio o menos restritivo possível.

Também na Conferência Europeia de Alto Nível, ocorrida em Bruxelas e no Pacto Europeu para a saúde mental e bem-estar (MS, 2008c) daí decorrido, um dos apelos que fazem prende-se com a saúde mental no trabalho, convidando políticos e outros parceiros sociais e intervenientes a agirem na saúde mental no emprego, sugerindo a disponibilização de medidas de apoio ao recrutamento, retenção e regresso ao trabalho para pessoas com problemas ou doenças mentais, entre outras sugestões.

Com base em iniciativas comunitárias de emprego (ex. programa Equal e programa Constelação) e legislação de apoio ao emprego, actualmente o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), tutelado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, apresenta algumas respostas a nível laboral para as pessoas com doença mental, embora, estas medidas de apoio e intervenção não sejam especificamente para pessoas com doença mental, mas sim com deficiências. O IEFP pode proporcionar aos empregadores “apoio, quer financeiro quer técnico, na contratação de pessoas com especiais dificuldades de inserção, através de programas e medidas específicos, designadamente no âmbito do Mercado Social de Emprego ou do Programa Vida-Emprego, ou ainda programas e medidas dirigidos especificamente à integração de pessoas com deficiência” (IEFP, 2009, acedido on-line), constituindo um sistema de suporte comunitário onde são dadas algumas respostas tais como as *empresas de inserção*, *emprego protegido* e os *enclaves*. As pessoas com doença mental

também poderão ser ajudadas a integrar programas de formação profissional, em emprego normal ou protegido, através dos *fóruns sócio-ocupacionais*, apoiados pela Segurança Social (Instituto da Segurança Social, 2009). Para além destes sistemas de suporte comunitário, existem outros recursos de apoio à reabilitação e inserção profissional, tais como os programas de apoio à integração no mercado normal de trabalho, programas de apoio à instalação por conta própria, emprego apoiado e teletrabalho (IEFP, 2010; Marques, 2008). Recentemente existiram alterações no âmbito da legislação laboral, em que o D.L. 290/2009, de 12 de Outubro, pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, veio agregar matérias previstas no D.L. nº 247/89, de 5 de Agosto, bem como o D.L. nº 40/83, de 25 de Janeiro (estas duas últimas são ambas legislação que enquadram programas de reabilitação profissional) consagrando “medidas destinadas especificamente às pessoas com deficiências e incapacidades que apresentam dificuldades no acesso, manutenção e progressão no emprego, sem prejuízo do recurso às medidas gerais de emprego e formação profissional”, através do *programa de emprego e apoio à qualificação das pessoas com deficiências e incapacidades* (Diário da República, 2009, p.7483). Este programa prevê várias modalidades de apoio, “nomeadamente apoio à qualificação, que integra a formação profissional, e apoios à integração, manutenção e reintegração no mercado de trabalho, que se desenvolvem em acções de informação, avaliação e orientação para a qualificação e emprego, apoio à colocação, acompanhamento pós-colocação, adaptação de postos de trabalho, eliminação de barreiras arquitectónicas e isenção e redução de contribuições para a segurança social” (Diário da República, 2009, p.7483). No âmbito do emprego apoiado, para além das modalidades de emprego protegido, integram-se a realização de estágios de inserção e de contratos emprego-inserção para pessoas com deficiências e incapacidades, centros de emprego protegido e contratos de emprego apoiado em entidades empregadoras, reconfigurando-se o prémio de mérito, actualmente não só atribuído aos empregadores que, em cada ano, se tenha distinguido na integração profissional de pessoas com deficiência, mas também às pessoas com deficiências e incapacidades que se tenham distinguido na criação do próprio emprego. Este decreto-lei procura uma articulação com os serviços de saúde, apontando para que o processo de atribuição dos apoios deva, “sempre que possível, ser acompanhado pelos serviços de saúde ocupacional da respectiva entidade empregadora. Este programa define o regime de concessão de apoio técnico e financeiro aos centros de reabilitação profissional de gestão participada, às entidades de reabilitação, bem como à criação de uma rede de centros de recursos de apoio à intervenção dos Centros de emprego” (Diário da República, 2009, p.7483) a credenciar pelo IEFP e de um Fórum para a integração profissional, o qual visa garantir o

acompanhamento regular da execução das políticas de emprego e formação profissional dirigidas às pessoas com deficiências e incapacidades (Diário da República, 2009).

Também no sentido da promoção da igualdade de direitos a nível laboral, a resolução do Conselho de Ministros nº70/2008, publicada em Diário da República, 1ª série, nº79, de 22 de Abril, preconiza que as empresas públicas devam ser socialmente responsáveis e prosseguir objectivos sociais, investindo na valorização profissional e pessoal, concebendo e implementando planos com vista à promoção e igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, à eliminação das discriminações e à criação de condições de conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.

A segunda estratégia refere-se a intervenções que promovam apoio para a ideia de que condições básicas para o desenvolvimento do potencial individual é um direito legítimo e de que estas condições devem ser dadas a todas as pessoas. Estas intervenções incluem iniciativas que destacam a importância e a riqueza da diversidade, e, como já referimos anteriormente, o contacto com pessoas com doença mental, em determinadas condições, pode reduzir o preconceito, nomeadamente ao promover-se o estabelecer de laços afectivos, incluindo a amizade mais próxima. De acordo com a literatura, os mass media podem também desempenhar um papel muito importante no determinar das atitudes, pelo que, na ausência de possibilidade de contacto positivo, é fulcral que exista uma cultura de não-discriminação nos mass media.

A terceira estratégia refere-se a intervenções que influenciam directamente as atitudes negativas, por exemplo, através de um programa de consciencialização das potencialidades das pessoas com doença mental. E a discrepância entre a vontade para empregar e o emprego actual de pessoas com incapacidades nos EUA, de acordo com alguns estudos, parece estar a diminuir particularmente entre empregadores que foram participantes em programas de emprego apoiado/vocacional. A existência de um *serviço de agência* entre empregador e potencial empregado poderá ser crucial, nomeadamente intervindo junto dos empregadores facilitando o reconhecimento do potencial dos empregados com incapacidade. Segundo Hernandez et al (2000, cit. por Hannon, s.d), após reverem vários estudos, concluem que profissionais de reabilitação vocacional poderão melhorar as taxas de emprego das pessoas com incapacidades, inclusivamente doença mental, ajudando os empregadores a reconhecerem o potencial de empregados com determinados tipos de incapacidades no desempenho de funções essenciais de trabalhos específicos. Em Portugal para além do IEFP e centros com os quais se articula, tais como centros de reabilitação profissional de gestão participada e entidades de reabilitação, existem alguns centros privados que promovem a orientação vocacional e formação profissional e, de acordo com o perfil do doente, articulam-

se e tentam a sua inserção profissional num posto de trabalho que se ajuste ao seu perfil. Neste sentido, existe um trabalho de técnicos junto das entidades empregadoras em que sensibilizam para as potencialidades do trabalhador (específico) e o facto daquela pessoa com incapacidade poder ser um valor acrescentado para a empresa, bem como informam de eventuais apoios financeiros ou técnicos que a legislação contempla. O apoio à colocação tem como destinatários as pessoas com deficiências e incapacidades desempregadas ou empregadas que pretendam mudar de emprego (desde que inscritas no Centro de Emprego) bem como entidades empregadoras que visem contratar trabalhadores com deficiências ou incapacidades, visando-se equacionar aspectos relativos à acessibilidade, à adaptação do posto de trabalho, ao desenvolvimento de competências gerais de empregabilidade bem como sensibilizar para a mais valia de ter um trabalhador com incapacidade na empresa. Desconhecemos entidades que realizem uma intervenção mais estruturada e alargada no sentido de se influenciar directamente as atitudes negativas por parte das entidades patronais em relação ao trabalhador com doença mental.

Assim, e uma vez que as atitudes positivas podem facilitar a inclusão e processo de recovery, é importante ter dados acerca da forma como os recrutadores pensam e agem em relação à doença mental, pelo que, de seguida iremos apresentar o nosso estudo empírico. Este incidiu numa análise comparativa entre as representações sociais e atitudes que os recrutadores apresentam relativamente à doença mental e aos trabalhadores com doença mental.

CAPÍTULO II
ESTUDO EMPÍRICO

Descrevemos neste capítulo a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado, para, de seguida, procedermos à análise e interpretação dos resultados obtidos.

1. Metodologia

Neste trabalho iremos abordar as representações sociais, tendo como principal *objectivo* conhecer o modo como as pessoas que desempenham a função de contratar pensam e agem em relação aos doentes mentais e verificar se este modo de agir e pensar coincide com os referenciados na literatura e já referidos neste trabalho. Prevendo-se que os resultados encontrados neste estudo estejam de encontro com os encontrados na literatura, colocamos duas grandes hipóteses, que na definição de Quivy & Campenhoudt, (1998, p.16) “é uma preposição provisória, uma pressuposição que deve ser verificada”, que são:

- Os recrutadores possuirão crenças e atitudes negativas relativamente às pessoas com doença mental, prevendo que as conclusões do estudo não serão díspares das referenciadas na literatura.

- As crenças e atitudes dos recrutadores relativamente às pessoas com doença mental diferirão em função das variáveis individuais (como o sexo, idade, habilitações literárias, etc.) e das variáveis relacionadas com o conhecimento e relação com a doença mental (como, por exemplo, experiência de contratação de pessoa com doença mental e sua eventual contratação futura, aceitar fazer parte de um programa de apoio à integração de trabalhador com doença mental, entre outras), uma vez que de acordo com a literatura algumas destas variáveis poderão influenciar os resultados.

Com base nos objectivos, propomo-nos também a lançar algumas sugestões para quem futuramente deseje delinear um possível programa de intervenção junto dos trabalhadores que exercem a função de contratar e das entidades empregadoras.

Este projecto de investigação foi delineado no sentido de ser simultaneamente um estudo exploratório, descritivo, comparativo e correlacional. O seu carácter exploratório e descritivo prende-se com o facto não termos encontrado estudos portugueses nesta área e de visarmos conhecer as representações sociais dos recrutadores e de termos construído um questionário para o efeito. Propõe-se a ser um estudo comparativo, uma vez que para a análise da amostra total, um dos objectivos do estudo é comparar percepções, crenças e atitudes entre os trabalhadores que desempenham a função de contratar consoante a caracterização da organização e a caracterização socio-demográfica do inquirido. Foram correlacionadas as variáveis idade, número de anos a desempenhar funções na empresa e os seis factores constituintes de uma escala de atitudes sobre a doença mental usada neste questionário.

1.1. Instrumentos

Como estratégia de recolha de dados e para atingirmos os objectivos propostos, procedemos à construção de um questionário e recorremos a uma escala. O questionário (em anexo) é composto por questões fechadas de tipo nominal/categorial e ordinal e por algumas questões abertas, nomeadamente no que concerne à recolha de dados para a caracterização socio-demográfica. O questionário divide-se essencialmente em duas partes: características organizacionais e características individuais, crenças e atitudes do inquirido, ou seja, daquele que desempenha a função de contratar. No processo geral de construção de questionário, grande parte das questões colocadas basearam-se na classificação europeia de pequenas e médias empresas (recomendação 2003/361/CE da Comissão Europeia) e sobretudo nos estudos de Ozawa e Yaeda (2007), de Hand e Tryssenaar (2006), de Gildbride, Stensrud, Ehlers, Evens & Peterson (2000) e de Martins (2001).

Relativamente às representações dos recrutadores estas foram avaliadas com base na Escala de Atitudes sobre a Doença Mental traduzida e adaptada por Madeira e Monteiro (2007), com base na escala de atitudes sobre a doença mental realizada por Amanda Hahn (2002; versão modificada do questionário “Opinions about Mental Illness in Chinese Community” de Ng & Chan, 2000). A versão apresentada por Madeira e Monteiro apresenta um total de 34 itens, cujas respostas às questões obedecem a uma escala ordinal, de tipo Likert, com graus de um até cinco. Estes 34 itens relacionam-se com seis factores ou sub-escalas abaixo referenciadas:

1. Separação: identificada por itens que enfatizam a diferença das pessoas com doença mental e mantêm-nas afastadas e a uma distância segura.
2. Estereotipização: caracterizada por itens que definem as pessoas com doença mental num determinado padrão comportamental e habilidade mental.
3. Restrição: definida por itens que sustentam uma visão limitativa sobre os direitos das pessoas com doença mental.
4. Paternalismo: identificada por itens relacionados com a amabilidade para com as pessoas com doença mental.
5. Ideia pessimista (pessimistic prediction): identificada com a visão de que as pessoas com doença mental são incapazes de melhorar e a forma não optimista como a sociedade as trata.
6. Estigmatização: identificada por itens que entendem a doença mental como vergonhosa e, por isso, deverá ser ocultada.

No sentido de se avaliar a consistência interna da Escala de Atitudes sobre a Doença Mental, foi aplicado o coeficiente do *alpha de cronbach*, o qual permite verificar se efectivamente se está a medir o pretendido. O coeficiente da consistência interna dos seis factores apresentam um alpha de cronbach de 0.733 (Quadro 1), podendo-se considerar que apresenta uma boa consistência (Bryman e Cramer, 2003). A consistência interna para os itens que compõem cada uma das subescalas são aceitáveis, apresentando todas, com excepção do factor estigma e estereotipização, resultados superiores a 0.70. O valor de alpha do factor estigma é baixo tanto na escala por nós usada, como na original. Na escala original os valores de alpha de cada factor varia entre os 0.39 e os 0.79, sendo o valor total do alpha de cronbach de 0.87.

Quadro 1. Alpha de Cronbach

Factores	Neste estudo	Hahn (2002)	Nº de itens
Separação	,711	0.74	10
Paternalismo	,750	0.64	8
Estereotipização	,616	0.73	4
Restrição	,771	0.79	4
Ideia pessimista	,743	0.58	4
Estigmatização	,447	0.39	4
Total do questionário	,733	0.87	34

1.2. Procedimento

Para atingirmos os objectivos propostos, como estratégia de recolha de dados óptimos pela utilização de um questionário on-line pela maior facilidade de aplicação junto dos recrutadores. Assim, para a recolha de dados aplicou-se o questionário construído para o efeito via on-line através de um endereço próprio criado no sistema Sigarra da FPCEUP.

Inicialmente para a selecção da amostra foram contactadas via e-mail e/ou pessoalmente cerca de duas dezenas de associações, de distintos sectores de actividade, a nível concelhio, distrital e nacional, no sentido de colaborarem no estudo, nomeadamente incentivando a colaboração dos recursos humanos das empresas associadas. De todas as instituições contactadas inicialmente, apenas responderam ou aceitaram colaborar três: duas de carácter sectorial e uma de carácter territorial, de nível concelhio. Após formalização do pedido, efectivamente só tivemos a colaboração de uma associação que reenviou o questionário on-line, via e-mail, para mais de 700 empresas associadas, sendo o que, segundo o que a literatura indica, a percentagem de devolução por correio seria de 20 a 25 por cento (Queirós, 2008), esperando-se um “n” significativo, o que não veio a acontecer. A colaboração não efectiva da outra associação inicialmente contactada, quando estava prevista essa colaboração, justifica a primeira questão do questionário onde numa resposta fechada os

inquiridos respondem se o sector geral da sua empresa é de componentes têxteis, de componentes para veículos de duas rodas, ou outro. Também afastou um dos objectivos que seria uma comparação entre as representações e atitudes de recrutadores de ramos sectoriais distintos. Assim, foram contactadas aproximadamente mais 18 associações, em que uma aceitou a colaboração, reenviando o questionário on-line para cerca de 130 empresas associadas. Simultaneamente, e sem o intermédio de qualquer instituição, foram contactadas via mail cerca de 1370 empresas, já com os e-mails devolvidos descontados. Estes endereços electrónicos foram conseguidos sobretudo com base no site de directório de empresas www.infoempresas.com.pt. Desta forma, a amostra conseguida foi com base no critério de disponibilidade, sendo uma amostra independente (os elementos de uma são independentes dos elementos da outra) de classificação (existe à priori, não resultando da intervenção do experimentador).

No total, quer individualmente, quer através de associações, foram contactadas cerca de 2200 empresas, tendo-se obtido um total de 81 questionários respondidos. A baixa taxa de devolução, de acordo com a previsão de algumas empresas, prendeu-se com o facto destas encontrarem-se centradas noutros pontos devido à actual crise económica e/ou por receberem bastantes pedidos de colaboração em estudos. Dos 81 questionários recebidos, dois foram retirados por se encontrarem bastante incompletos dificultando a análise dos resultados. Os dados foram introduzidos numa matriz de dupla entrada e analisados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15, possibilitando a análise descritiva e o cálculo dos testes estatísticos adequados aos objectivos do estudo.

1.3. Caracterização da amostra

A amostra final foi constituída por 79 empresas localizadas em Portugal, sendo, à excepção de uma que se dedica ao sector do comércio, indústrias transformadoras de vários sectores gerais de actividade. Predominam as indústrias do ramo da metalurgia, da metalomecânica, de moldes e de plásticos, as quais constituem cerca de 42% da amostra, seguidamente da indústria de têxteis (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição por sector geral da empresa

Sector geral de actividade	Frequência	Percentagem
Indústria de têxteis	31	39,2
Indústrias metalúrgica, metalomecânica, de moldes e de plásticos	33	41,8
Fabricação de equipamentos eléctricos, informáticos, electrónicos e ópticos	11	13,9
Indústria de produtos de cerâmica, vidro e afins	3	3,8
Outro sector geral	1	1,3
Total	79	100,0

Tendo por base o critério do número de empregados permanentes referido na definição de *pequenas e médias empresas* (PME) sugerida pela recomendação 2003/361/CE da Comissão Europeia, a grande maioria das empresas da amostra caracteriza-se por serem pequenas empresas, sendo cerca de 42% as empresas que empregam entre 11 a 50 empregados permanentes (Quadro 3).

Quadro 3. Distribuição por empregados permanentes na empresa

Número de empregados permanente na empresa	Frequência	Percentagem
Até 10	9	11,1
De 11 a 50	33	41,8
De 51 a 250	28	35,4
Mais de 251	9	11,4
Total	79	100,0

Relativamente à caracterização individual, o recrutador caracteriza-se por ser maioritariamente do sexo masculino (Quadro 4), situando-se cerca de 28% na faixa etária dos 26 anos aos 35 anos (Quadro 5). A média de idade é de aproximadamente 46 anos, variando entre os 26 e os 71 anos de idade.

Quadro 4. Distribuição por sexo dos recrutadores

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	51	64,6
Feminino	28	35,4
Total	79	100,0

Quadro 5. Distribuição por idade dos recrutadores

Idade	Frequência	Percentagem
26-35 anos	22	27,8
36-45 anos	17	21,5
46-55 anos	21	26,6
56-65 anos	12	15,2
>65 anos	6	7,6
Total	78	98,7
Não respondidos	1	1,3

Aproximadamente 39% da amostra caracteriza-se por ter habilitações literárias ao nível da licenciatura (Quadro 6), sendo a média de anos a exercer funções na actual empresa de 14 anos (Média=13.91, com Desvio-Padrão=9.59), variando entre um a 45 anos o tempo de exercício de funções na actual empresa.

Quadro 6. Distribuição por habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
Até 9º ano	16	20,3
10 a 12º ano	10	12,7
Frequência universitária	13	16,5
Licenciatura	31	39,2
Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento	8	10,1
Total	78	98,7
Não respondidos	1	1,3
Total	79	100,0

Após a caracterização da amostra, iremos, seguidamente, apresentar a análise e discussão dos resultados.

2. Análise e discussão dos resultados

Na análise e discussão dos resultados obtidos, iremos iniciar com a análise descritiva dos mesmos, para, de seguida, procedermos à sua análise cruzada ou comparativa bem como à sua análise correlacional. A discussão dos resultados vai acompanhando o decorrer da análise dos mesmos, assim como a apresentação de breves sugestões para programas junto de recrutadores e das entidades empregadoras.

2.1. Análise descritiva

A maior parte dos recrutadores (87%) referem que na sua empresa não existe actualmente empregados com doença mental (Quadro 7). Da restante percentagem, cinco respondem ter actualmente um empregado com doença mental, quatro respondem ter dois empregados e um refere que no momento presente têm três ou mais empregados com doença mental na sua empresa. Estes resultados poderão ir no sentido de estudos que referem que as pessoas com incapacidades continuam a ser discriminadas desde logo no acesso ao trabalho (CRPG, 2007), com os recrutadores, apesar de lhes reconhecerem o direito ao trabalho e igualdade laboral, a terem também alguma relutância em empregar e promover pessoas com história de doença mental (Dewa, McDaid & Ettner, 2007; Hand & Tryssenaar, 2006). Esta discriminação leva a que muito frequentemente doentes mentais, por desânimo aprendido, desistam de procurar trabalho (Mail online, 2008). Os resultados obtidos corroboram também as estatísticas de que existe uma elevada taxa de desemprego entre as pessoas com doença mental. Outras das hipóteses interpretativas é a de que o número de pessoas com doença mental nas empresas é mais elevado, porém os doentes mentais aquando da entrevista de selecção omitem a sua condição de doença como forma de lidar com a dificuldade de acesso ao mundo laboral, aumentando assim a sua probabilidade de conseguir trabalho (Gildbride et al, 2000; Farina et al, 1971).

Quadro 7. Distribuição por empregados com doença mental na empresa

Número de empregados actuais com doença mental	Frequência	Percentagem
0	69	87,3
1	5	6,3
2	4	5,1
>3	1	1,3
Total	79	100,0

Aproximadamente 94% dos inquiridos respondem que não existe uma política de integração de pessoas com doença mental na sua empresa (Quadro 8), o que poderá significar a necessidade de intervenção ao nível de sensibilização para a existência de uma cultura organizacional e/ou obrigação legal para a existência ou cumprimento de políticas de apoio à contratação e acompanhamento ao nível da integração do trabalhador com doença mental.

Das quatro empresas que possuem política de integração de pessoas com doença mental, apenas duas referem qual a política de integração. Um inquirido responde que na sua empresa após qualquer situação de baixa prolongada é obrigatória a consulta com o médico de família para se saber se o funcionário está apto, condicionado ou inapto para o exercício das suas funções. Outro recrutador fez referência à colaboração com a APPCDM (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental), o que vai de encontro ao que sentimos durante as pesquisas teóricas do tema, isto é, de que ainda há muita indefinição conceptual no que se refere às deficiências e às incapacidades psiquiátricas, nomeadamente confundindo deficiência mental com doença mental. Também Alves (2008, p.226), no seu estudo qualitativo realizado no norte de Portugal acerca das racionalidades leigas sobre saúde e doença mental, refere que “a doença mental grave e incapacitante abrange, frequentemente, as pessoas com deficiências ou incapacidades mentais e físicas ou motoras, denominadas no discurso leigo por deficientes”. Esta abrangência da deficiência pela doença mental atravessou toda a amostra do estudo, independentemente de qualquer variável sociográfica.

Quadro 8. Distribuição por existência de política de integração de pessoas com doença mental na empresa

Existência de política de integração de pessoas com doença mental na empresa	Frequência	Percentagem
Sim	4	5,1
Não	74	93,7
Total	78	98,7
Não respondidos	1	1,3
Total	79	100,0

Relativamente à experiência de contratação de trabalhador com doença mental, nove inquiridos respondem ter experiência de contratação de trabalhador com doença mental (Quadro 9), sendo 5 deles (6%) na actual empresa. Apesar de não ter pormenorizado as respostas, o único (1%) inquirido que referiu ter contratado trabalhadores com doença mental e que respondeu ter sentido dificuldades durante a entrevista de emprego, referiu-se às dificuldades linguísticas. Para ultrapassar estas dificuldades, ajudaria, de acordo com o recrutador, conhecer a sua linguagem.

Dos nove inquiridos que contrataram trabalhadores com doença mental, cinco dos respondentes (6%) referiram não ter sentido dificuldades na manutenção do posto de trabalho

e três (4%) não responderam. Um dos inquiridos respondeu ter sentido dificuldades em manter o posto de trabalho da pessoa com doença mental (1%), dificuldades essas associadas aos riscos elevados em termos de segurança, não existindo, segundo o recrutador, nenhum factor nesta área que pudesse contribuir para ultrapassar as referidas dificuldades.

Quanto à dificuldade de integração do trabalhador dois não respondem (3%) quatro referem não ter sentido dificuldade na integração (5%) e três deles (4%) referiram ter sentido dificuldade na integração do trabalhador. Estas dificuldades de integração estão relacionadas sobretudo com falta de preparação técnica, não aceitação dos colegas e determinadas limitações não especificadas. Dois aspectos que os recrutadores referiram como podendo contribuir para ultrapassar a dificuldade de integração do trabalhador foram o ensino técnico competente e tolerância dos colegas. O ensino técnico competente reforça a necessidade de avaliação, orientação vocacional e formação profissional junto do trabalhador com doença mental, o que vai no sentido do referido na literatura especializada, a qual refere que não é o diagnóstico, a história psiquiátrica, a sintomatologia presente nem o funcionamento em ambientes não laborais que predizem o possível êxito ou fracasso laboral, mas sim factores como possuir habilidades adequadas de ajuste laboral, ter uma história laboral prévia, ter expectativas e interesses ajustados ao mercado laboral, ter participado com êxito em programas que ajudam na procura de emprego, o apoio profissional e a motivação para trabalhar (Sobrinho, s.d). A não aceitação por parte de colegas e a necessidade de tolerância reforça a importância de uma sensibilização para a existência de uma cultura organizacional e/ou obrigação legal para a existência ou cumprimento de políticas de acompanhamento ao nível da integração do trabalhador com doença mental. Uma organização que se regule por uma cultura organizacional com normas e valores que considerem a diversidade e a diferença como sendo um valor acrescentado tem mais probabilidade de integrar pessoas com desvantagens, nomeadamente com doença mental (Interagency, 2006) em que o envolvimento dos recrutadores e de todos os que ocupam cargos mais elevados na empresa desempenham um papel fundamental na criação e fomentar de uma cultura organizacional com estas características, pois aqueles não só tomam decisões que condicionam oportunidades na vida do doente mental, como também, devido às suas posições de poder, as suas atitudes podem influenciar toda a organização e manter estereótipos (Corrigan, 2004). De acordo com GRACE (2005) as organizações apresentam uma grande capacidade de influenciar a transformação da sociedade, em que mesmo as mudanças internas têm repercussões directas na vida dos colaboradores, nas suas famílias e nas comunidades com as quais a organização interage.

Como vimos, na nossa amostra, e estando de acordo ao referido na literatura acerca do tema, alguns recrutadores sentem dificuldades na contratação, integração e manutenção de posto de trabalho de uma pessoa com doença mental e, de acordo com O'Hara (2004, cit. por Roessler et al., 2007), num estudo acerca da discriminação laboral, as próprias pessoas com incapacidades dizem sentir discriminação na sua integração, discriminação relacionada com aceitação na organização, gozação por parte do supervisor relativamente à incapacidade e comentários de desempenho injustos. Embora não tenhamos encontrado estudos nacionais que incidam nas opiniões e sentimentos dos trabalhadores com doença mental relativamente à sua integração, de acordo com o nosso estudo (embora não seja representativo), os resultados apontam para a necessidade de existir uma política e cultura de integração e valorização de pessoas com incapacidades, inclusivé com doença mental, bem como de intervenções que promovam a aceitação da diferença por todos os trabalhadores da empresa, nomeadamente por parte dos colegas.

Quadro 9. Distribuição por experiência de contratação de trabalhador com doença mental

Experiência de contratação de trabalhador com doença mental	Frequência	Percentagem
Sim	9	11,4
Não	70	88,6
Total	79	100,0

No nosso grupo de inquiridos, mais de 60% dos respondentes referiram (Quadro 10) que, se surgisse a possibilidade, estariam receptivos a fazer parte de um programa que sensibilizasse e apoiasse na contratação e integração do trabalhador com doença mental, não sendo a não receptividade um dos grandes impeditivos para a realização de programas neste âmbito.

Quadro 10. Distribuição por aceitação de programa que sensibilize e apoie na contratação e integração de trabalhador com doença mental

Aceitaria fazer parte de programa	Frequência	Percentagem
Sim	48	60,8
Não	27	34,2
Total	75	94,9
Não respondidos	4	5,1
Total	79	100,0

Sete dos inquiridos (9%) afirmam conhecer políticas do Estado de apoio à integração de pessoas com doença mental, tais como os apoios do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), diminuição no pagamento da Taxa Social Única (TSU), isenção de contribuições e descontos e bolsas de estágio. Um dos respondentes refere que as políticas que conhece do Estado no apoio à integração de pessoas com doença mental não serão as mais eficazes atribuindo-lhe uma fiabilidade enganosa. Setenta e dois dos inquiridos (91%)

referiram desconhecer políticas do Estado de apoio à integração de pessoas com doença mental. Como vimos anteriormente, alguns dos recrutadores que contrataram pessoas com doença mental referiram ter sentido dificuldades ao nível da entrevista de emprego e/ou integração laboral e/ou manutenção do posto de trabalho e, por exemplo, entre as medidas do IEFP neste âmbito, existe o apoio à colocação e acompanhamento pós-colocação, o qual tem por objectivo apoiar a qualidade de integração profissional de pessoas com deficiência, nomeadamente através de uma mediação técnica estruturada e contínua que facilite o acesso ao trabalho, bem como a sua manutenção e progressão profissional (Botelho et al, 2004). É proporcionado um apoio técnico ao funcionamento, sendo a duração máxima de duração do acompanhamento à colocação de seis meses para cada pessoa com deficiência, para efeitos de participação do IEFP, com os custos decorrentes da intervenção, e de 12 meses para o acompanhamento pós-colocação, sendo que, em situações excepcionais, nomeadamente no caso de pessoas com deficiências ao nível das funções mentais, este acompanhamento possa ser prolongado até 24 meses, se devidamente justificado (Diário da República, 2009, p.7487). Assim, o facto da grande maioria dos recrutadores da nossa amostra desconhecer as políticas de apoio que o Estado apresenta para a integração de trabalhadores com doença mental, e, dos que referem conhecer, apenas enunciam alguns apoios, indiciando que desconhecem outros existentes (e referidos brevemente no enquadramento teórico), remete para a necessidade de uma maior divulgação destas políticas de apoio junto de quem exerce as funções de recrutar.

Cerca de 56% dos inquiridos responderam que contratariam um trabalhador com doença mental (Quadro 11) sobretudo para funções fabris, de baixa complexidade e/ou rotineiras (23%), para funções compatíveis com a doença e/ou com as capacidades do trabalhador (14%) ou para funções administrativas ou de secretariado (5%). Estes resultados vão no sentido nos resultados encontrados noutros estudos em que se aponta para que os empregadores, relativamente ao desempenho profissional, associem aos doentes mentais uma baixa qualidade e quantidade produtiva, baixa flexibilidade, necessidade de excessiva supervisão, dificuldade em seguir as instruções, assim como uma baixa capacidade de persistência no trabalho e incapacidade para realizar com eficácia os trabalhos de natureza exigente (Hand & Tryssenaar (2006); Dixon et al, 2003, cit. por Hannon, s.d).

Quadro 11. Distribuição por contratação um trabalhador com doença mental

Contrataria um trabalhador com doença mental	Frequência	Percentagem
Sim	44	55,7
Não	33	41,8
Total	77	97,5
Não respondidos	2	2,5
Total	79	100,0

As razões para a contratação de um trabalhador com doença mental devem-se principalmente ao direito ao trabalho (mas salvaguardando o enquadramento de funções e a inexistência de risco para a saúde física do trabalhador), ao apoio à integração de doentes na vida activa e por motivos de responsabilidade social. A contratação por direito ao trabalho vai de encontro aos resultados do estudo de Shafer et al (cit. por Siperstein et al., 2006), em que os empregadores referem que o principal motivo para contratarem pessoas com doença mental ou incapacitadas é a crença de que merecem uma oportunidade de trabalho, para dez anos depois do estudo, referirem que para além de merecerem, precisam de igualdade laboral. Relativamente às razões para a não contratação de trabalhador com doença mental, os respondentes apontam a não adequação de máquinas, trabalho ou existência de sector adequado, o risco da actividade em termos de segurança para o trabalhador e elevada especificidade dos trabalhos a executar, razões de menor competência e/ou rendimento do doente mental, desconhecer as capacidades do trabalhador para a realização das tarefas específicas, dificuldades e falta de recursos para lidar/integrar um trabalhador com doença mental e ponderação de custo/benefício na contratação. As razões encontradas no nosso estudo são similares às referidas noutros estudos em que os empregadores referem sentir desconforto, não familiaridade com pessoas com doença mental, dizem acreditar que o trabalho é exigente e que as pessoas com incapacidades, entre elas a doença mental, não conseguem realizá-lo com eficácia (Dixon et al, 2003, cit. por Hannon, s.d). Os empregadores parecem percepcionar a acomodação/integração de pessoas com doença mental como sendo extremamente difícil (Hand & Tryssenaar, 2006), e estes dados, mais uma vez, reforçam a necessidade de apoio ao nível da contratação e integração do trabalhador com doença mental.

A maioria respondeu (numa escala de Likert de cinco pontos, em que 1 corresponde ao contrataria em primeiro lugar e o 5 ao contrataria em último lugar) que contratariam preferencialmente pessoas portadoras de deficiência motora e deficiência auditiva (Quadro 12), seguidamente pessoas com deficiência visual. A doença mental está nos últimos lugares de preferência da contratação, corroborando a tese de que as atitudes tendem a ser mais negativas em relação às incapacidades que são percebidas como sendo mais imprevisíveis ou estando mais ocultas, como é o caso da doença mental (Combs & Omvig, 1986, cit. por Hannon, s.d). As desordens de ansiedade são as doenças que os respondentes mais facilmente contratariam (numa escala de Likert de cinco pontos, em que o 1 corresponde ao não contrataria facilmente e o cinco ao contrataria facilmente) seguidamente da depressão, da perturbação bipolar, da perturbação obsessivo compulsiva, sendo a esquizofrenia a doença que tem um maior número de respondentes a referir que não contratariam (Quadro 13).

Quadro 12. Distribuição por preferência de contratação da doença referenciada

	1	2	3	4	5	Total	Média	Não respondidos
Deficiência motora	34	24	7	7	1	73	1,86	6
Deficiência mental	3	5	13	27	24	72	3,89	7
Doença mental	3	6	15	24	24	72	3,83	7
Deficiência auditiva	34	28	6	4	1	73	1,77	6
Deficiência visual	0	9	30	8	25	72	3,68	7

Quadro 13. Distribuição por grau de facilidade com que contrataria um trabalhador com a doença referenciada

	1	2	3	4	5	Total	Média	Não respondidos
Esquizofrenia	35	13	15	6	1	70	1,93	9
Depressão	12	13	23	13	10	71	2,94	8
Perturbação obsessivo-compulsiva	24	17	20	5	4	70	2,26	9
Desordens de ansiedade	7	14	19	21	8	69	3,13	10
Perturbação Bipolar	13	16	29	7	3	68	2,57	11

Numa escala de 1 a 6, em que o 1 correspondia ao factor mais importante e o 6 ao menos importante, e os respondentes tinham de ordenar, por ordem de preferência, quais os factores que facilitariam a contratação de um trabalhador com doença mental, 61 dos respondentes referem que os *motivos profissionais*, tais como competência, qualificação, eficiência do trabalhador, são os factores mais importantes. Seguidamente estão os *motivos morais* (ex. satisfação e necessidade de ser solidário). Seguem-se os *motivos económicos* (ex: subsídios, incentivos fiscais, prémios advindos da contratação de trabalhadores com doença mental) e o *reconhecimento ou aprovação dos clientes* (ex: responsabilidade social, empresa solidária, etc) e em último o factor *pedidos* (ex: alguém lhe pediu emprego para um trabalhador com doença mental). Para além destes cinco factores, existia a possibilidade de referirem e posicionarem outro motivo, em que dois recrutadores responderam como outros motivos ajudar o próprio e integração social, encontrando-se estes motivos em última posição na facilitação para a contratação de um trabalhador com doença mental, em 6º posição, portanto. Um dos respondentes referiu que a existência de um posto de trabalho adequado facilitaria a contratação, colocando este motivo em 5º lugar, sendo o motivo menos importante os motivos económicos (6ª posição).

Sendo os motivos profissionais os que mais facilitariam a contratação de um trabalhador com doença mental, parece-nos ser importante a intervenção, nomeadamente através de programas ou campanhas, realizados por organismos associados à reabilitação profissional, inclusivamente de pessoas com doença mental, junto das empresas. Esta intervenção teria como objectivo sensibilizar (por exemplo, através dos mass media) para o valor que as pessoas com doença mental trazem ao local de trabalho e mostrar ao recrutadores o valor do trabalhador com doença mental e a mais valia que este pode trazer ao meio laboral (por exemplo, através de informações estatísticas, estudos de casos de sucesso, visitar empresas que se regulem por uma cultura que valorize a diferença e a heterogeneidade e onde

possam ver as pessoas com incapacidades e doença mental no exercício das suas funções). Estas intervenções facilitariam uma desmistificação de crenças negativas e poderiam fomentar uma atitude mais favorável em relação ao doente mental por parte do recrutador, podendo estes efeitos serem ainda mais significativos, pois, devido às suas posições de poder, atitudes mais favoráveis podem influenciar toda a organização e afastar estereótipos (Corrigan, 2004). Da revisão de vários estudos realizada por Hernandez et al (2000, cit. por Hannon, s.d) concluíram que profissionais de reabilitação vocacional poderão melhorar as taxas de emprego das pessoas com incapacidades, inclusivamente doença mental, ajudando os empregadores a reconhecerem o potencial de empregados com determinados tipos de incapacidades no desempenho de funções essenciais de trabalhos específicos.

Relativamente ao grau de regularidade com pessoas com doença mental, os respondentes referem que têm maior regularidade com familiares com doença mental, seguidamente com amigos, empregado, colegas, vizinhos e clientes, sendo a regularidade bastante baixa no caso de companheiros (Quadro 14, em que o valor 1 corresponde a nenhuma regularidade e o valor 5 a muita regularidade).

No geral, o grau de à vontade dos respondentes com pessoas com doença mental é baixo (Quadro 15, em que o valor 1 corresponde a pouco à vontade e o valor 5 a muito à vontade). Não obstante, os recrutadores respondem sentir-se mais à vontade com familiares que apresentem doença mental (média de 2,94), seguidamente sentem-se mais à vontade com amigos com doença mental (média de 2,84), colegas de trabalho, empregados, vizinho, companheiro e, por último, clientes com doença mental. Assim, os respondentes parecem sentir-se mais à vontade com pessoas com doença mental com quem tenham um maior laço afectivo, destacando-se, contudo, o facto de o à vontade com os companheiros com doença mental apresentar o valor mais baixo (média de 2,32) comparativamente com as outras pessoas (com excepção dos clientes), talvez porque esta situação ocorra em menor número.

Quadro 14. Distribuição por grau de regularidade que tem no contacto com as seguintes pessoas

	1	2	3	4	5	Total	Média	Dp	Não respondidos	Total
Familiar com doença mental	42	4	8	11	11	76	2,28	1,580	3	79
Vizinho com doença mental	60	5	7	3	1	76	1,42	,913	3	79
Companheiro com doença mental	68	1	3	1	2	75	1,24	,819	4	79
Amigo com doença mental	47	6	8	9	4	74	1,88	1,313	5	79
Colega de trabalho com doença mental	55	7	6	2	5	75	1,60	1,174	4	79
Empregado com doença mental	49	9	8	3	6	75	1,77	1,269	4	79
Clientes com doença mental	60	5	6	1	2	74	1,38	,902	5	79
Outros. Quem?	5	0	1	1	0	7	1,71	1,254	72	79

Quadro 15. Distribuição por grau de à vontade que tem no contacto com as seguintes pessoas

	1	2	3	4	5	Total	Média	Dp	Não respondidos	Total
Familiar com doença mental	22	10	5	16	17	70	2,94	1,623	9	79
Vizinho com doença mental	25	8	15	13	4	65	2,43	1,346	14	79
Companheiro com doença mental	26	8	12	9	5	60	2,32	1,384	19	79
Amigo com doença mental	19	6	12	18	8	63	2,84	1,450	16	79
Colega de trabalho com doença mental	21	7	12	15	8	63	2,71	1,464	16	79
Empregado com doença mental	21	10	12	12	7	62	2,58	1,421	17	79
Clientes com doença mental	25	9	14	9	4	61	2,31	1,323	18	79
Outros. Quem?	3	1	0	2	0	6	2,17	1,472	73	79

Como já anteriormente referido, uma parte do questionário engloba a Escala de Atitudes sobre a Doença Mental, traduzido e adaptado por Madeira e Monteiro (2007), constituída por 34 itens, cujas respostas às questões obedecem a uma escala ordinal, de tipo Likert e que relacionam-se com seis factores ou sub-escalas: Separação, Estereotipização, Restrição, Paternalismo, Ideia pessimista e Estigmatização. Seguidamente iremos proceder à análise dos dados obtidos com base na Escala.

Uma análise aos seis factores da referida escala mostra que a média de cada um, exceptuando do factor paternalismo, se encontra abaixo do ponto intermédio do respectivo factor, o que significa que os respondentes tendem a revelar uma maior tendência a possuir atitudes favoráveis face à doença mental nos factores separação, estigmatização, restrição, estereotipização e ideia pessimista (Quadro 16). Apesar do factor paternalismo, contrariamente aos restantes, apresentar um valor da média superior ao ponto intermédio, neste caso e como se trata de um factor com resposta invertida, significa um elevado paternalismo, ou seja, uma maior amabilidade para com as pessoas com doença mental, havendo uma maior tendência aos respondentes terem atitudes favoráveis face à doença mental. De se destacar, que à semelhança de qualquer inquérito, as respostas poderão ir de encontro ao critério de desajustabilidade social.

Quadro 16. Análise dos seis factores da Escala

Factores	Mínimo-máximo teórico	Ponto intermédio	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Separação	10-50	30	11	35	20,90	4,992
Paternalismo	8-40	24	17	40	33,39	4,944
Estereotipização	4-20	12	4	14	8,29	2,288
Restrição	4-20	12	4	17	7,42	3,209
Ideia pessimista	4-20	12	4	19	9,81	3,880
Estigmatização	4-20	12	4	15	5,92	2,229

Na categoria estigmatização os respondentes revelaram uma tendência a ter atitudes favoráveis face à doença mental, com a maior parte a responder que discorda totalmente dos itens que compõem esta categoria (Quadro 17). Assim, a maioria da nossa amostra não encara

a doença mental como algo vergonhoso, fruto de um castigo por má conduta, não devendo ser ocultada e concordam que as pessoas com doença mental podem ser bem sucedidas profissionalmente.

Quanto ao factor restrição, a maioria dos respondentes não sustenta uma visão limitativa relativamente aos direitos das pessoas, tendo uma atitude favorável quanto à recuperação da doença de pessoas com doença mental e ao seu futuro assim como apresentam uma atitude favorável quanto ao casamento de pessoas com doença mental e ao terem filhos. Não obstante, é de referenciar que é maior o número de sujeitos que têm uma atitude mais favorável ao casamento do que aqueles que concordam que as pessoas com doença mental possam ter filhos. Uma possível explicação para este resultado poderá estar relacionada com uma possível atribuição a factores hereditários para causa de doença mental. De facto, Alves (2008, p.239) refere que no seu estudo “os discursos atribuem a doença mental a elementos inatos que têm origem familiar (hereditários ou genéticos)... fala-se em transmissão familiar ou hereditariedade, em propensão genética”.

Relativamente à estereotipização, uma grande parte dos inquiridos apresenta uma atitude positiva quanto à doença mental, sem muitas concepções estereotipadas no que se refere a comportamentos e habilidade mental entre pessoas com doença mental e sem doença mental. Assim, a maioria das respostas vão no sentido de que não se pode dizer facilmente que uma pessoa tem doença mental com base nas características do seu comportamento. Mais de metade dos inquiridos (47) discordam que as pessoas com doença mental têm um baixo Q.I.. Este dado é um pouco contraditório com algumas questões onde deficiência mental é confundida com doença mental, indo no sentido dos resultados do estudo de Alves (2008), em que não existe uma concepção única e homogénea de doença mental, mas diversas concepções, ou seja, diversas “doenças mentais”. A grande maioria dos recrutadores (43) apresentam algum nível de concordância de que todas as pessoas com doença mental têm alguns comportamentos estranhos, corroborando estereótipos referidos na literatura. Também Alves (2008) no seu estudo referencia que a doença mental aparece bastante relacionada com os comportamentos bizarros, no sentido de estranhos exteriorizados pelo sujeito doente.

Quanto à ideia pessimista, a maior parte dos sujeitos, embora não de um modo tão acentuado quanto os outros factores, tendem a apresentar atitudes favoráveis baseadas em ideias optimistas da doença mental, detendo uma visão de que as pessoas com doença mental são capazes de melhorar e de permanecer na sua comunidade, criar relações sociais e beneficiar dos mesmos direitos de qualquer outra. Assim, cerca de 22 discordam de que é difícil para aqueles que têm uma doença mental receber o mesmo salário por trabalho igual e 33 discordam que as pessoas são prejudicadas pelas pessoas com doença mental. A maior

parte discorda plenamente (29) que é difícil para uma pessoa com doença mental ter bons amigos, mas no item “depois do tratamento será difícil para a pessoa com doença mental voltar à sua comunidade” a maior parte dos respondentes (27) referiu que às vezes concordam. Podemos assim interpretar que, apesar de a maior parte dos recrutadores mostrarem receptividade quanto à ideia de contacto e de estabelecimento de relações afectivas entre pessoas com e sem doença mental, persiste a ideia de que é difícil para as pessoas com doença mental fazerem parte integrante das suas comunidades e integrarem-se nos seus contextos naturais, mesmo depois de recuperadas. Estes resultados vão no sentido do estudo de Alves (2008, pp.211, 212), em que “a protecção e a rejeição entrecruzam-se nos discursos (leigos), deixando antever o estigma e os mecanismos ligados à sua reprodução social: tememos as manifestações do doente, da mesma forma que tememos o “contágio” da doença e, simultaneamente, reconhecemos que o doente não é responsável dessa força que actua nele próprio (...). Desta forma, excluí-lo é também protegê-lo (de cometer falhas com os outros), ou vice-versa.” A ideia que persiste de que é difícil a integração da pessoa com doença mental, mesmo depois de recuperada, na sua comunidade poderá ir no sentido de algumas das respostas dadas em alguns itens do factor separação, tais como a maior parte dos inquiridos responder que às vezes concordam que se as pessoas vierem a ter sintomas de doença mental uma vez facilmente terão novamente (29), de que as pessoas com doença mental têm comportamentos imprevisíveis (37), tendem a ser violentas (36) e perigosas (28). Estes dados corroboram os da literatura, em que os recrutadores expressam um vasto leque de estereótipos acerca da contratação de pessoas com doença mental, entre eles, os de que as pessoas com doença mental são perigosas e devem ser evitadas (Corrigan, 2004).

Porém, no factor separação, verifica-se uma tendência manifesta ao não separatismo face às pessoas com doença mental, com 51 dos respondentes a referirem que discordam totalmente temer estar junto de uma pessoa após a sua doença mental ter sido tratada e com 38 a discordarem totalmente que as pessoas com doença mental devam ser temidas. Uma atitude favorável e não separatista face ao doente mental está presente com os respondentes a discordarem que a pessoa com doença mental mantenha-se afastada da comunidade, nomeadamente discordando totalmente que se um serviço de saúde mental for instalado no seu bairro, sairão do mesmo (71) ou que pacientes de saúde mental e outros pacientes tenham um tratamento distinto e não sejam tratados no mesmo hospital. A maioria dos respondentes discordam totalmente que mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental tendem a ser mais perigosas do que as outras (33).

No que concerne ao paternalismo, na percepção da maior parte dos recrutadores não existem dificuldades em um trabalhador com doença mental manter actividade profissional

(32 concordam total ou quase totalmente), em que mais de metade dos respondentes concordam totalmente que depois da pessoa ter sido tratada da sua doença mental, poderá regressar ao seu local de trabalho e desempenhar a sua função (40). A maioria dos recrutadores concordam totalmente que as instituições e a comunidade (incluindo o governo) deverão conceder postos de trabalho às pessoas com doença mental (31) e de que o cuidado e o suporte da família e amigos poderão ajudar as pessoas a recuperar da sua doença mental (43). A grande maioria dos respondentes concordam totalmente que a melhor forma de ajudar as pessoas com doença mental a recuperar é permitir-lhes permanecer na sua comunidade e levar uma vida normal (68). Dois respondentes não concordam que mesmo depois de recuperadas e reabilitadas não deveremos criar amizade com as pessoas com doença mental, e a maioria concorda que é possível que qualquer pessoa venha a ter doença mental (50) e que não devemos rir das pessoas com doença mental, mesmo quando têm comportamentos estranhos. Este valor elevado que obtivemos no factor paternalismo (que é também um estereótipo, pois classifica as pessoas com doença mental como infantis, necessitando, por isso, de cuidados e proteção por parte de familiares, amigos e comunidade, no geral, segundo Madeira & Monteiro, 2007) pode, juntamente com o preconceito e com a discriminação, condicionar oportunidades fundamentais para as pessoas com doenças mentais alcançarem os seus objectivos de vida, nomeadamente ao nível de obtenção de um emprego competitivo e de ter uma vida independente e segura numa habitação própria, inibindo as pessoas de conseguirem o seu recovery (Corrigan, 2004). Aliás, como interpretamos aquando da análise e discussão do factor ideia pessimista, apesar da maior parte dos recrutadores mostrarem receptividade quanto ao estabelecimento de relações afectivas entre pessoas com e sem doença mental, persiste a ideia de que é difícil para as pessoas com doença mental fazerem parte integrante das suas comunidades e integrarem-se nos seus contextos naturais, mesmo depois de recuperadas. Contudo podemos interpretar que os recrutadores têm no geral uma atitude favorável face às pessoas com doença mental, considerando-as capazes de ter uma vida independente e activa na comunidade, de exercer uma actividade profissional e de permanecer entre familiares e amigos em contexto comunitário como forma de recuperarem da sua doença. Para além de considerarem o cuidado, o suporte familiar e o permanecer na sua comunidade e levar uma vida normal como elementos fundamentais no processo de recovery do doente mental, os recrutadores consideram que a comunidade e o governo deverão conceder postos de trabalho às pessoas com doença mental, assim, com base no nosso estudo poderemos interpretar que é de considerar uma política de recovery que envolva toda a comunidade e em que, relativamente ao emprego, as instituições e o governo apoiem na contratação de pessoas com doença mental.

Quadro 17. Distribuição por itens da Frequência, média e desvio-padrão da Escala de Atitudes sobre a Doença Mental (Monteiro & Madeira, 2007)

Factor		Discordo totalmente	Discordo quase totalmente	Às vezes concordo	Concordo quase totalmente	Concordo totalmente	Média	DP	Não respondidos
S	1. As pessoas com doença mental têm comportamentos imprevisíveis.	2	9	37	20	10	3,35	,937	1
S	2. Se as pessoas vierem a ter sintomas de doença mental uma vez, facilmente terão novamente.	10	19	29	17	2	2,77	1,025	2
S	3. Se um serviço de saúde mental for instalado no meu bairro, eu sairei do mesmo.	71	4	3	0	0	1,13	,437	1
S	4. Mesmo que a doença mental de uma pessoa tenha sido tratada, eu continuarei a recear de estar junto dela.	51	19	6	1	1	1,49	,802	1
S	5. Pacientes de saúde mental e outros pacientes não deverão ser tratados no mesmo hospital.	40	9	14	12	3	2,09	1,291	1
S	6. Quando um cônjuge tem doença mental, a lei deverá autorizar o outro cônjuge a pedir o divórcio.	41	14	13	4	5	1,94	1,228	2
S	7. As pessoas com doença mental tendem a ser violentas	17	19	36	5	1	2,41	,946	1
S	8. As pessoas com doença mental são perigosas.	23	24	28	3	0	2,14	,893	1
S	9. As pessoas com doença mental deverão ser temidas.	38	24	13	3	0	1,76	,871	1
S	24. Mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental tendem a ser mais perigosas do que as outras.	33	20	22	3	0	1,94	,931	1
E	10. É fácil identificar as pessoas que têm uma doença mental.	22	29	24	1	0	2,05	,815	3
E	11. Pode-se facilmente dizer que uma pessoa tem doença mental pelas características do seu comportamento.	16	34	23	4	2	2,27	,930	0
E	12. As pessoas com doença mental têm um baixo Q.I.	47	26	6	0	0	1,48	,638	0
E	13. Todas as pessoas com doença mental têm alguns comportamentos estranhos.	12	24	32	8	3	2,57	,996	0
R	14. Não é apropriado que as pessoas com doença mental se casem.	45	17	11	4	2	1,75	1,044	0
R	15. As pessoas que possuem doença mental não podem recuperar totalmente.	36	20	18	4	1	1,91	1,002	0
R	16. As pessoas que possuem doença mental não deverão ter filhos.	28	15	23	7	4	2,27	1,199	2
R	17. Não há futuro para as pessoas com doença mental.	53	14	8	3	1	1,54	,917	0

Legenda: S – separação; E- estereotipização; R - restrição; P - paternalismo; IP- ideia pessimista; Est- estigmatização.

Quadro 17 (Cont.). Distribuição por itens da Frequência, média e desvio-padrão da Escala de Atitudes sobre a Doença Mental (Monteiro & Madeira, 2007)

Factor		Discordo totalmente	Discordo quase totalmente	Às vezes concordo	Concordo quase totalmente	Concordo totalmente	Média	DP	Não respondidos
P	18. As pessoas com doença mental conseguem manter um emprego.	7	5	33	20	12	3,32	1,106	2
P	19. O cuidado e o suporte da família e amigos poderão ajudar as pessoas a recuperar da sua doença mental.	2	4	7	21	43	4,29	1,011	2
P	20. As instituições e a comunidade (incluindo o governo) deverão conceder postos de trabalho às pessoas com doença mental.	2	6	20	20	31	3,91	1,088	0
P	21. Depois da pessoa ter sido tratada da sua doença mental, poderá regressar ao seu local de trabalho e desempenhar a sua função.	0	3	13	22	40	4,27	,878	1
P	22. A melhor forma de ajudar as pessoas com doença mental a recuperar é permitir-lhes permanecer na sua comunidade e levar uma vida normal.	2	0	9	22	46	4,39	,883	0
P	23. Mesmo depois de recuperadas e reabilitadas não deveremos criar amizade com as pessoas com doença mental.	59	11	3	3	2	1,44	,934	1
P	25. É possível que qualquer pessoa venha a ter doença mental.	3	2	12	12	50	4,32	1,069	0
P	26. Não devemos rir das pessoas com doença mental, mesmo quando têm comportamentos estranhos.	5	0	6	7	61	4,51	1,085	0
IP	27. É difícil para aqueles que têm uma doença mental receber o mesmo salário por trabalho igual.	22	7	18	15	17	2,97	1,510	0
IP	28. Depois do tratamento será difícil para a pessoa com doença mental voltar à sua comunidade.	20	17	27	11	3	2,49	1,137	1
IP	29. As pessoas são prejudicadas pelas pessoas com doença mental.	33	18	16	6	6	2,16	1,265	0
IP	30. Se tivermos uma doença mental é difícil termos bons amigos.	29	19	16	10	4	2,24	1,229	1
Est	31. É raro que as pessoas bem sucedidas profissionalmente tenham doença mental.	34	14	18	11	2	2,15	1,199	0
Est	32. É vergonhoso ter uma doença mental.	62	11	1	2	3	1,39	,939	0
Est	33. A doença mental é um castigo por má conduta.	74	2	0	0	2	1,13	,652	1
Est	34. As pessoas que têm doença mental não deverão falar da sua doença a ninguém.	62	11	4	1	0	1,28	,622	1

Legenda: S – separação; E- estereotipização; R - restrição; P - paternalismo; IP- ideia pessimista; Est- estigmatização.

Após a análise descritiva iremos de seguida proceder à análise comparativa dos resultados.

2.2. Análise comparativa

Optámos por apresentar os resultados considerando os seis factores que constituem a escala presente no questionário, ou seja, Separação, Estereotipização, Restrição, Paternalismo, Ideia pessimista e Estigmatização. Por considerarmos que as seguintes variáveis podem influenciar os resultados da nossa amostra, considerámos pertinente analisar os dados comparativamente em função de: a) sexo; b) habilitações literárias; c) experiência de contratação de pessoa com doença mental; d) contratação de trabalhador com doença mental; e) conhecer políticas do Estado de apoio à integração de pessoa com doença mental; f) aceitar fazer parte de um programa que sensibilize e apoie na contratação e integração de trabalhador com doença mental (mesmo reconhecendo que, por vezes, o número de respondentes é bastante díspar).

Assim, no que se refere à variável sexo (Quadro 18) embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos seis factores, denota-se uma superioridade do sexo feminino em todos eles, com excepção do factor Estigmatização. Estes resultados parecem apontar para uma tendência feminina para uma maior amabilidade para com as pessoas com doença mental e para possuírem uma visão de que as pessoas com doença mental serão pessoas com uma maior necessidade de protecção. Possivelmente estes dados irão no sentido dos estereótipos de género, em que as mulheres são mais vistas como sendo mais maternais, orientadas para as pessoas, mais gentis e sensíveis (Neto, 2000).

Quadro 18. Comparação das médias (e desvio-padrão) em função do sexo

	Masculino (N=51)	Feminino (N=27)	Teste t	Sig
Separação	20,39 (4,295)	21,85 (6,075)	-1,233	,222
Estereotipização	8,25 (2,314)	8,36 (2,281)	-,189	,851
Restrição	7,04 (3,111)	8,11 (3,326)	-1,424	,158
Ideia pessimista	9,71 (3,602)	10,00 (4,405)	-,320	,750
Estigmatização	5,98 (2,121)	5,82 (2,450)	,301	,764
Paternalismo	33,31 (5,331)	33,54 (4,238)	-,190	,850

Ao nível da comparação de médias em função das habilitações literárias não existem valores estatisticamente significativos (Quadro 19). Porém, embora não significativamente, há a destacar diferenças no factor separação e no factor restrição. Assim, os respondentes que têm até o 9º ano de escolaridade apresentam uma média de resultados mais baixos o que

remeterá para que haja uma menor separação, ou seja, apresentam uma tendência mais favorável e menos separatista face às pessoas com doença mental. Desta forma, os recrutadores do nosso estudo que têm o 9º ano como habilitações literárias apresentam uma tendência para não dar tanta ênfase à existência de diferenças entre as pessoas com doença mental e sem doença mental, procurando não as manter afastadas nem a uma distância segura. O mesmo se verifica em relação ao factor restrição, com os respondentes que têm até ao 9º ano de escolaridade a apresentarem uma média mais baixa neste factor indiciando uma atitude mais favorável em relação à doença mental, considerando mais os direitos das pessoas com doença mental, o que significa que se mostram favoráveis quanto ao facto das pessoas com doença mental se casarem, terem filhos bem como serem capazes de recuperar totalmente da sua doença e de terem um futuro digno.

Quadro 19. Comparação das médias (e desvio-padrão) em função das habilitações literárias

	Separação	Estereotipização	Restrição	Ideia Pessimista	Estigmatização	Paternalismo
Até 9º ano N= 16	19,13 (4,380)	8,00 (2,633)	6,81 (2,903)	9,63 (3,500)	5,75 (1,571)	33,19 (4,430)
10 a 12º ano N=10	22,20 (5,594)	9,30 (2,359)	8,30 (3,713)	9,90 (3,479)	6,40 (2,591)	34,70 (4,473)
Frequência universitária N=13	20,50 (4,232)	8,85 (1,864)	7,77 (4,045)	10,31 (4,309)	6,69 (2,926)	32,38 (7,332)
Licenciatura N=31	21,58 (5,402)	7,90 (2,135)	7,32 (3,092)	9,74 (4,187)	5,61 (2,108)	33,97 (4,423)
Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento N=8	20,00 (4,629)	8,00 (2,726)	7,50 (2,726)	9,50 (4,276)	5,88 (2,295)	31,50 (4,309)
F (One way Anova)	,900	,989	,361	,074	,660	,694
Sig	,469	,419	,835	,990	,622	,598

No que se refere à análise comparativa em função de aceitar ou não participar num programa de apoio à integração de um trabalhador com doença mental existem diferenças significativas ao nível do factor estigmatização (Quadro 20), o que indicia que os recrutadores da nossa amostra que apresentam valores mais elevados de estigma para com o trabalhador com doença mental não estejam disponíveis para participar no referido programa. Isto poderá significar um enraizamento do estigma não existindo receptividade em alterar a visão e atitude em relação ao doente mental, encarando a doença mental como algo vergonhoso, devendo por isso ser ocultada e encarando o doente mental como alguém com dificuldade em obter sucesso profissional.

Quadro 20. Comparação das médias (e desvio-padrão) em função de integrar um programa

	Aceita integrar programa N=48	Não aceita integrar programa N=27	Teste t	Sig
Separação	20,10 (4,990)	22,31 (4,765)	-1,842	,070
Estereotipização	8,60 (2,447)	7,89 (1,968)	1,300	,198
Restrição	7,40 (3,113)	7,78 (3,501)	-,488	,627
Ideia pessimista	9,85 (3,848)	10,30 (3,901)	-,475	,636
Estigmatização	5,60 (1,965)	6,74 (2,566)	-2,150	,035*
Paternalismo	33,75 (4,656)	33,30 (4,530)	,409	,684

*p <0,050

**p <0,010

No que se refere à experiência de contratação de pessoa com doença mental (Quadro 21) não há diferenças estatisticamente significativas ao nível da comparação de médias entre os recrutadores da amostra que já tiveram experiência de contratar trabalhadores com doença mental e recrutadores que nunca contrataram pessoa com doença mental. Embora não existindo diferenças significativas, os resultados remetem para que os recrutadores sem experiência de contratar pessoas com doença mental apresentem resultados mais elevados para o factor separação, ou seja, os recrutadores que nunca tiveram uma experiência de contratar uma pessoa com doença mental apresentam uma tendência menos favorável e mais separatista face às pessoas com doença mental, dando mais ênfase à existência de diferenças entre as pessoas com doença mental e sem doença mental tendendo a manter um afastamento e uma distância segura. Estes resultados vão no sentido de outros estudos, os quais referem que recrutadores que, por sua vez, contrataram pessoas com incapacidade indicaram que no futuro contratariam igualmente uma pessoa com incapacidade, ou seja, este processo de contratação e uma experiência de contacto positivo com a doença mental permitiu que muitos recrutadores afastassem receios e expectativas negativas (Hernandez, 2000, cit. por Hannon, s.d; Siperstein et al, 2006). Esta experiência positiva no contacto com o trabalhador doente mental (componente afectiva da atitude) poderá provocar a mudança de atitude, com os recrutadores a manifestarem atitudes mais favoráveis para com os trabalhadores com incapacidades, nomeadamente com doença mental. De acordo com Triandis (1971), com a exigência legal de um comportamento contraditório às atitudes que o sujeito apresenta é possível alterar-se a componente comportamental da atitude e, muito provavelmente a componente afectiva e cognitiva da atitude, ou seja, a obrigatoriedade legal das empresas privadas terem uma quota obrigatória para a contratação de trabalhadores com doença mental, poderá possibilitar um contacto positivo com o doente mental (alterando a componente afectiva da atitude). O recrutador ao receber novas informações acerca do trabalhador com doença mental e do seu trabalho poderá possibilitar uma alteração positiva na componente

cognitiva também. Esta atitude mais favorável para com o trabalhador mental como referido no enquadramento teórico, facilitaria a desinibição do processo de recovery. Tal como acontece em relação ao factor separação, nos resultados do nosso estudo os recrutadores sem experiência de contratação de doente mental apresentam uma média mais elevada no factor restrição indiciando uma atitude menos favorável em relação à doença mental, tendo uma visão mais limitativa dos direitos das pessoas com doença mental, o que significa que se mostram menos favoráveis quanto ao facto das pessoas com doença mental se casarem, terem filhos bem como serem capazes de recuperar totalmente da sua doença e de terem um futuro digno. Os recrutadores sem experiência de contratação de doente mental apresentam uma média ligeiramente superior no factor Ideia Pessimista, tendo uma visão negativa de que as pessoas com doença mental são capazes de melhorar e de permanecer na sua comunidade, criar relações sociais e de beneficiar dos mesmos direitos de qualquer outra pessoa.

A média da estereotipização, estigma e paternalismo é ligeiramente inferior nos recrutadores sem experiência de contratação remetendo para que apresentem uma atitude mais positiva em relação à doença mental, mais livre de concepções com base em estereótipos, não sendo tão estigmatizante e tendo maior amabilidade para com pessoas com doença mental.

Quadro 21. Comparação das médias (e desvio-padrão) em função da experiência de contratação de trabalhador com doença mental

	Com experiência N=9	Sem experiência N=70	Teste t	Sig
Separação	18,22 (4,265)	21,25 (5,001)	-1,731	,087
Estereotipização	9,33 (1,936)	8,16 (2,307)	1,462	,148
Restrição	6,56 (3,504)	7,53 (3,179)	-,855	,395
Ideia pessimista	9,33 (3,985)	9,87 (3,985)	-,390	,698
Estigmatização	6,00 (1,732)	5,91 (2,295)	,108	,914
Paternalismo	35,00 (5,852)	33,19 (4,825)	1,037	,303

Porém, o estigma e a discriminação podem constituir uma barreira de acesso a vários objectivos de vida, entre eles, o acesso ao emprego (CRPG, 2007) e, no nosso estudo, comparando as médias dos seis factores em função de contratação futura de um trabalhador com doença mental verificamos a existência de diferenças significativas no que respeita ao factor separação e ao factor restrição (Quadro 22). Ou seja, os resultados apontam para que os recrutadores que apresentam uma visão mais separatista e mais limitativa dos direitos das pessoas com doença mental tendem a não contratar um trabalhador com doença mental, o que reforça os dados da literatura acima referidos.

Quadro 22. Comparação das médias (e desvio-padrão) em função de contratação futura de trabalhador com doença mental

	Contrataria N=43	Não contrataria N=34	Teste t	Sig
Separação	19,86 (4,833)	22,15 (5,094)	-2,001	,049*
Estereotipização	8,26 (2,361)	8,24 (2,257)	,039	,969
Restrição	6,70 (2,660)	8,47 (3,620)	-2,391	,020*
Ideia pessimista	9,81 (3,948)	10,00 (3,830)	-,208	,836
Estigmatização	5,72 (1,992)	6,29 (2,505)	-1,119	,267
Paternalismo	33,60 (4,762)	33,12 (5,121)	,431	,668

*p <0,050

**p <0,010

Os recrutadores da nossa amostra que referem conhecer políticas do Estado apresentam resultados ligeiramente mais elevados (embora não significativamente) em todos os factores, excepto no restrição, quando comparados com os que não conhecem políticas de apoio do Estado (Quadro 23). Uma das interpretações poderá ser a de que as políticas de apoio do Estado poderão facilitar, por parte dos recrutadores, uma visão menos restritiva e limitativa dos direitos das pessoas com doença mental, nomeadamente quanto ao terem direito a constituírem uma vida familiar e ao terem um futuro digno, mas não ao nível dos outros factores, mantendo uma visão mais separatista, estereotipizada, pessimista, estigmatizada e paternalista do doente mental, remetendo para a necessidade de alteração de políticas de apoio do Estado. Até porque, como se pode verificar no Quadro 24 não existe uma associação significativa entre o contratar (ou não) e o conhecer (ou não) políticas do Estado.

Quadro 23. Comparação das médias (e desvio-padrão) em função de conhecer políticas do Estado

	Conhece políticas do Estado N=7	Desconhece políticas do Estado N=72	Teste t	Sig
Separação	21,14 (4,562)	20,87 (5,062)	,135	,893
Estereotipização	9,14 (2,116)	8,21 (2,301)	1,032	,305
Restrição	7,29 (3,302)	7,43 (3,223)	-,113	,910
Ideia pessimista	10,57 (2,878)	9,74 (3,972)	,541	,590
Estigmatização	6,29 (1,976)	5,89 (2,261)	,447	,656
Paternalismo	34,43 (3,645)	33,29 (5,061)	,578	,565

Para além de uma análise mais detalhada entre a associação entre o contratar (ou não) e o conhecer (ou não) políticas do Estado, no sentido de obtermos dados mais pormenorizados em relação a outras variáveis, efectuámos uma análise tendo em conta o sexo, conhecimento ou não de políticas do Estado, existência ou não de contratação anterior de trabalhador com doença mental em função de contratação futura ou não de pessoa doente mental. Nestas variáveis não se obteve dados estatisticamente significativos (Quadro 24). Os mesmos resultados foram obtidos quanto às habilitações literárias (Quadro 25) e idade (QQ=33,756; Sig= ,622).

Quadro 24. Frequência, análise comparativa entre contratar ou não contratar um trabalhador com doença mental e as variáveis sexo, conhecer políticas do Estado, ter experiência de contratação anterior

	Contrataria	Não contrataria	QQ	Sig
Masculino	29	22	,064	,813
Feminino	14	12		
Conhece políticas do Estado	4	2	,309	,689
Desconhece políticas do Estado	39	32		
Com experiência de contratação anterior	6	3	,484	,723
Sem experiência de contratação anterior	37	31		

Quadro 25. Frequência, análise comparativa entre contratar ou não contratar um trabalhador com doença mental e habilitações literárias

	Contrataria	Não contrataria	QQ	Sig
Até 9º ano	8	8	4,801	,308
10 a 12º ano	4	6		
Frequência universitária	5	7		
Licenciatura	21	9		
Pós-graduação, Mestrado ou Doutorado	5	3		

A associação entre o grau de regularidade de contacto com a variável contrataria ou não um trabalhador com doença mental apresentou algumas diferenças significativas (Quadro 26), indo os dados ao de encontro da literatura que refere que um contacto positivo com pessoa com doença mental favorece a existência de atitudes favoráveis, através da desmistificação de muitos estereótipos (Hernandez, 2000, cit. por Hannon, s.d; Siperstein et al, 2006;), nomeadamente facilitando a contratação de trabalhador com doença mental no mundo laboral.

Quadro 26. Comparação na regularidade e grau de à vontade em contratar um trabalhador com doença mental

	Contrataria	Não contrataria	t	Sig
Regularidade de contacto com familiar com doença mental	2,07	2,38	-,841	,403
Regularidade de contacto com vizinho com doença mental	1,43	1,38	,251	,803
Regularidade de contacto com companheiro com doença mental	1,36	1,10	1,493	,141
Regularidade de contacto com amigo com doença mental	2,19	1,48	2,495	,015*
Regularidade de contacto com colega com doença mental	1,81	1,32	1,871	,066
Regularidade de contacto com empregado com doença mental	1,88	1,48	1,448	,152
Regularidade de contacto com cliente com doença mental	1,39	1,35	,162	,872
Regularidade de contacto com outra pessoa com doença mental	1,00	2,25	-1,667	,194
Grau de à vontade com familiar com doença mental	3,21	2,46	1,864	,067
Grau de à vontade com vizinho com doença mental	2,76	1,96	2,340	,023*
Grau de à vontade com companheiro com doença mental	2,49	1,91	1,537	,130
Grau de à vontade com amigo com doença mental	3,22	2,13	2,985	,004**
Grau de à vontade com colega com doença mental	3,03	2,05	2,612	,011*
Grau de à vontade com empregado com doença mental	2,81	2,09	1,895	,063
Grau de à vontade com cliente com doença mental	2,56	1,77	2,248	,029*
Grau de à vontade com outra pessoa com doença mental	1,80	4,00	-1,540	,198

*p <0,050

**p <0,010

De seguida apresentamos os resultados da análise correlacional e respectiva discussão de dados.

2.3. Análise correlacional

Terminada a análise descritiva e comparativa dos dados, foram correlacionadas algumas variáveis, tais como o grau de regularidade de contacto e o grau de à vontade com determinadas pessoas com doença mental, idade, número de anos a desempenhar funções na empresa e factores da escala de atitudes. A análise da correlação entre o grau de regularidade de contacto com determinadas pessoas com doença mental (familiar, vizinho, companheiro, amigo, colega, empregado, cliente ou outra pessoa com doença mental) e o grau de à vontade com essas pessoas (Quadro 27) mostra que o grau de regularidade de contacto correlaciona-se positivamente com o grau de à vontade com essas mesmas pessoas, exceptuando clientes ou outras pessoas não especificadas. Estes dados parecem corroborar a interpretação anteriormente dada de que os respondentes parecem sentir-se mais à vontade com pessoas com quem têm uma ligação afectiva. Os resultados remetem também para que um maior grau de regularidade de contacto com uma determinada pessoa com doença mental para além de correlacionar-se positivamente com um maior grau de à vontade com essa respectiva pessoa (excepto, como vimos no caso de clientes e outras pessoas não especificadas) correlaciona-se, nalguns casos, com um maior à vontade com outras pessoas. Assim, neste estudo, um maior grau de regularidade de contacto com um vizinho correlaciona-se positivamente com um maior à vontade não só com vizinho mas também com colega com doença mental, assim como um maior grau de regularidade de contacto com colega com doença mental correlaciona-se positivamente com um maior à vontade com colega e também amigo. Uma maior regularidade de contacto com amigo correlaciona-se positivamente com um maior à vontade também com familiar, vizinho, companheiro, colega e empregado. Destacámos que existe uma correlação positiva forte ($p < 0,010$) entre a regularidade com um empregado com doença mental e o à vontade com todos os grupos de pessoas referidos (familiar, vizinho, companheiro, amigo, colega, empregado, cliente com doença mental). Estes dados vão ao encontro da literatura que refere que um contacto positivo com pessoa com doença mental favorece a existência de atitudes favoráveis, através da desmistificação de muitos estereótipos (Hernandez, 2000, cit. por Hannon, s.d; Siperstein et al, 2006;) e de que uma experiência de contacto positivo com pessoa com doença mental ajuda a que os empregadores tenham atitudes favoráveis para com os trabalhadores com incapacidades (Hernandez, 2000, cit. por Hannon, s.d).

Quadro 27. Correlação entre o grau de regularidade de contacto e o grau de à vontade com determinadas pessoas com doença mental

		Grau de à vontade com familiar com doença mental	Grau de à vontade com vizinho com doença mental	Grau de à vontade com companheiro com doença mental	Grau de à vontade com amigo com doença mental	Grau de à vontade com colega com doença mental	Grau de à vontade com empregado com doença mental	Grau de à vontade com cliente com doença mental	Grau de à vontade com outra pessoa com doença mental
Regularidade de contacto com familiar com doença mental	Pearson	,505(**)	,047	,195	-,024	,077	,034	,041	,610
	Sig.	,000	,712	,136	,854	,547	,794	,755	,198
Regularidade de contacto com vizinho com doença mental	Pearson	,103	,362(**)	,020	,193	,270(*)	,183	-,058	,610
	Sig.	,398	,003	,881	,130	,032	,155	,655	,198
Regularidade de contacto com companheiro com doença mental	Pearson	,198	,192	,341(**)	,111	,138	,136	,103	,610
	Sig.	,102	,129	,008	,387	,280	,291	,428	,198
Regularidade de contacto com amigo com doença mental	Pearson	,260(*)	,331(**)	,304(*)	,571(**)	,427(**)	,375(**)	,231	,017
	Sig.	,032	,008	,019	,000	,001	,003	,076	,974
Regularidade de contacto com colega com doença mental	Pearson	,210	,230	,162	,364(**)	,387(**)	,219	,102	,610
	Sig.	,083	,068	,218	,003	,002	,087	,432	,198
Regularidade de contacto com empregado com doença mental	Pearson	,376(**)	,449(**)	,350(**)	,355(**)	,430(**)	,479(**)	,460(**)	,610
	Sig.	,001	,000	,006	,004	,000	,000	,000	,198
Regularidade de contacto com cliente com doença mental	Pearson	,058	,042	,085	-,029	-,021	,345(**)	,228	,610
	Sig.	,639	,742	,524	,825	,869	,006	,080	,198
Regularidade de contacto com outra pessoa com doença mental	Pearson	-,208	,251	-,037	,522	,055	,248	,629	,943
	Sig.	,655	,587	,945	,229	,907	,636	,181	,057

*p <0,050

**p <0,010

No que se refere à correlação entre idade, tempo de serviço e factores da escala de atitudes, verifica-se que existe algumas correlações significativas entre as variáveis (Quadro 28). Assim, os resultados apontam para a existência de uma correlação positiva entre a variável idade e o número de anos a desempenhar funções na empresa, em que a variável número de anos a desempenhar funções numa empresa apresenta uma correlação negativa com o factor ideia pessimista, ou seja, quanto maior o número de anos que os recrutadores exercem funções na empresa menor a ideia pessimista, ou seja, apresentam uma visão mais optimista de como a sociedade trata as pessoas com doença mental, considerando que estas são capazes de melhorar da doença, possivelmente fruto da sua experiência com trabalhadores ao longo do tempo. Ao nível do factores da escala de atitudes verifica-se uma correlação significativa entre o factor separação e o esteriotipização, restrição, ideia pessimista e estigma, o que remete para que os recrutadores que apresentem uma visão mais esteriotipada acerca da doença mental, que tenham uma visão limitativa dos direitos das pessoas com doença mental, encarando esta como sendo irrecuperável e vergonhosa, devendo, por isso, ser ocultada, apresentem uma maior diferenciação entre as pessoas sem doença mental e com doença mental, mantendo-as afastadas. O factor esteriotipização correlaciona positivamente com o factor restrição, o que aponta para que os sujeitos da amostra que definam as pessoas com doença mental com base num determinado padrão de comportamentos e habilidade mental tenham uma visão mais limitativa acerca dos direitos daquelas. Esta visão mais redutora dos direitos das pessoas com doença mental (factor restrição) está correlacionada com uma ideia de irrecuperabilidade por parte das pessoas com doença mental e com uma visão mais pessimista relativamente à forma como a sociedade as trata (factor ideia pessimista). O factor ideia pessimista correlaciona positivamente com o factor estigma o que remete para que a visão de que as pessoas com doença mental sejam incapazes de melhorar e de que a sociedade não as tratará de forma optimista correlaciona com o entendimento de que a doença mental seja vergonhosa e deva ser ocultada. Por outro lado, o factor ideia pessimista correlaciona negativamente com o factor paternalismo, o que aponta para que quanto mais forte a ideia de que as pessoas com doença mental são incapazes de melhorar e de que a sociedade não as tratará de forma optimista menor a amabilidade para com as pessoas com doença mental. Quanto maior o entendimento de que a doença mental é algo vergonhoso (factor estigma) menor a amabilidade e protecção para com as pessoas com doença mental (factor paternalismo).

Quadro 28. Distribuição das correlações

		Há quantos anos desempenha funções nesta empresa	Separação	Estereotipização	Restrição	Ideia Pessimista	Estigma	Paternalismo
Idade	Pearson	,606(**)	,006	-,085	,119	-,144	-,106	,035
	Sig.	,000	,961	,457	,300	,208	,353	,763
Há quantos anos desempenha funções nesta empresa	Pearson		,053	-,221	,012	-,240(*)	-,204	,085
	Sig.		,648	,052	,920	,034	,073	,457
Separação	Pearson			,335(**)	,385(**)	,308(**)	,229(*)	-,200
	Sig.			,003	,000	,006	,044	,079
Estereotipização	Pearson				,446(**)	,184	,133	-,153
	Sig.				,000	,105	,244	,178
Restrição	Pearson					,263(*)	,175	-,197
	Sig.					,019	,123	,082
Ideia Pessimista	Pearson						,588(**)	-,250(*)
	Sig.						,000	,026
Estigma	Pearson							-,259(*)
	Sig.							,021

* $p < 0,05$

** $p < 0,010$

Tendo terminado a apresentação e interpretação dos resultados, apresentaremos em seguida algumas conclusões decorrentes do trabalho que realizámos.

CONCLUSÕES

Todo o cidadão tem os mesmos direitos e igualdade de oportunidades nos mais diversos contextos da vida social. Porém, o que se verifica é que as pessoas com incapacidades, entre elas a doença mental, continuam a ser discriminadas, nomeadamente nas questões laborais (CRPG, 2007), dificultando a sua integração social e o seu processo de recovery, no qual o trabalho desempenha um papel fulcral. Uma das dificuldades iniciais prende-se logo com o acesso ao mundo laboral, em que os recrutadores desempenham um papel-chave na contratação das pessoas com doença mental. Como nas pesquisas por nós efectuadas não encontramos nenhum estudo a nível nacional que incidisse nas imagens, opiniões, construções mentais, crenças e atitudes por parte dos recrutadores, achamos premente um estudo empírico nesta área. Desta forma, este estudo procurou estudar as representações sociais dos recrutadores, tendo como principais *objectivos* conhecer o modo como eles pensam e agem em relação aos doentes mentais bem como verificar se este modo de agir e pensar coincide com os referenciados na literatura. Sendo o grupo de recrutadores um grupo-chave, propusemo-nos também, tendo por base os objectivos, a lançar breves sugestões para quem futuramente deseje delinear um possível programa de intervenção junto dos recrutadores e entidades empregadoras, de forma a facilitar a contratação e integração laboral de pessoas com doença mental.

No nosso estudo recorremos a um questionário construído para o efeito, englobando também a Escala de Atitudes sobre a Doença Mental, traduzido e adaptado por Madeira e Monteiro (2007), constituída por 34 itens, cujas respostas relacionam-se com seis factores ou sub-escalas: Separação, Estereotipização, Restrição, Paternalismo, Ideia pessimista e Estigmatização. No geral, os resultados obtidos apontam para que a maioria da nossa amostra não encare a doença mental como algo vergonhoso, fruto de um castigo por má conduta, não devendo, assim, ser ocultada. Concordam também que as pessoas com doença mental possam ser bem sucedidas profissionalmente. A grande maioria dos recrutadores não sustenta uma visão limitativa relativamente aos direitos das pessoas com doença mental, tendo uma atitude favorável quanto à sua recuperação e ao seu futuro assim como apresentam uma atitude favorável quanto ao casamento de pessoas com doença mental e ao terem filhos. No que respeita a comportamentos e habilidade mental entre pessoas com doença mental e sem doença mental, uma grande parte dos inquiridos apresenta uma atitude positiva quanto à doença mental, sem muitas concepções estereotipadas, em que a maioria das respostas vão no sentido de que não se pode dizer facilmente que uma pessoa tem doença mental com base nas características do seu comportamento.

Contudo, e apesar de a maior parte dos recrutadores mostrarem receptividade quanto à ideia de contacto e de estabelecimento de relações afectivas entre pessoas com e sem doença mental, persiste a ideia de que é difícil para as pessoas com doença mental fazerem parte integrante das suas comunidades e integrarem-se nos seus contextos naturais, mesmo depois de recuperadas. Isto talvez porque a maior parte dos inquiridos às vezes concordam que se as pessoas vierem a ter sintomas de doença mental uma vez facilmente terão novamente, de que as pessoas com doença mental têm comportamentos imprevisíveis, tendem a ser violentas e perigosas. Assim, apesar de no geral os resultados apontarem para que os recrutadores da nossa amostra tenham uma atitude favorável em relação à doença mental, a análise dos dados indica também que aqueles que exercem a função de contratar expressam alguns estereótipos acerca da contratação de pessoas com doença mental, entre eles, os de que as pessoas com doença mental são perigosas e têm alguns comportamentos estranhos devendo ser evitadas, confirmando a hipótese de que os recrutadores possuem crenças e atitudes negativas relativamente às pessoas com doença mental, tal como referencia a literatura.

Os resultados apontaram também para um elevado paternalismo, ou seja, uma maior amabilidade para com as pessoas com doença mental (Madeira & Monteiro, 2007) o que é considerado também um estereótipo pois classifica as pessoas com doença mental como infantis, necessitando, por isso, e, no geral, de cuidados e protecção por parte de familiares, amigos e comunidade (Brockington et al, 1993; Taylor & Dear, 1981, cit por Corrigan, 2004). Os estereótipos, juntamente com o preconceito e com a discriminação, podem condicionar oportunidades fundamentais para as pessoas com doenças mentais alcançarem os seus objectivos de vida, nomeadamente ao nível de obtenção de um emprego competitivo e de ter uma vida independente e segura numa habitação própria, inibindo as pessoas de conseguirem o seu recovery (Corrigan, 2004). Os estereótipos e discriminação das pessoas com doença mental, presentes desde logo no acesso ao mundo laboral (CRPG, 2007) com os empregadores a apresentarem alguma relutância em empregar e promover pessoas com história de doença mental (Dewa, McDaid & Ettner, 2007; Hand & Tryssenaar, 2006), é uma das hipóteses interpretativas para o facto de no nosso estudo a grande maioria das empresas não terem actualmente trabalhadores mentais empregados, corroborando as elevadas taxas de desemprego entre as pessoas com doença mental. Mas estes dados podem ser devidos também, e como refere a literatura, a desânimo aprendido por das pessoas com doença mental em procurarem emprego e/ou de aquando da entrevista de selecção omitirem a sua condição de doença como forma de lidar com a dificuldade de acesso ao mundo laboral, aumentando

assim a sua probabilidade de conseguir trabalho (Gildbride et al, 2000; Farina et al, 1971), sendo a taxa de pessoas com doença mental a trabalhar mais elevada.

A literatura refere que os recrutadores apresentam estereótipos relativamente ao desempenho profissional do doente mental, associando a estes trabalhadores uma baixa qualidade e quantidade produtiva, baixa flexibilidade, necessidade de excessiva supervisão, dificuldade em seguir as instruções, assim como uma baixa capacidade de persistência no trabalho e incapacidade para realizar com eficácia os trabalhos de natureza exigente (Hand & Tryssenaar, 2006; Dixon et al, 2003, cit. por Hannon, s.d). Os resultados que obtivemos apontam nesse sentido, uma vez que a grande maioria dos inquiridos que responderam que contratariam um trabalhador com doença mental o fariam sobretudo para funções fabris, de baixa complexidade e/ou rotineiras, para funções compatíveis com a doença e/ou com as capacidades do trabalhador ou para funções administrativas ou de secretariado. Relativamente aos recrutadores que não contratariam, os motivos prendem-se com estereótipos tais como elevada especificidade dos trabalhos a executar e razões de menor competência e/ou rendimento do doente mental, entre outros motivos, tais como dificuldades em lidar/integrar um trabalhador com doença mental, ponderando a relação custo/benefício na contratação.

Procurando-se sempre que este seja um estudo exploratório, para além da hipótese de que os recrutadores possuem crenças e atitudes negativas relativamente às pessoas com doença mental, tal como referencia a literatura, e em que os resultados do nosso estudo apontam para a existência de alguns estereótipos na nossa amostra, confirmando esta hipótese, inicialmente colocamos também uma segunda hipótese. Esta foi a de que as crenças e atitudes dos recrutadores relativamente às pessoas com doença mental diferem em função das variáveis individuais (como o sexo e habilitações literárias, etc.) e das variáveis relacionadas com o conhecimento e relação com a doença mental (como, por exemplo, experiência de contratação de pessoa com doença mental e sua eventual contratação futura, aceitar fazer parte de um programa de apoio à integração de trabalhador com doença mental, entre outras), uma vez que de acordo com a literatura algumas destas variáveis podem influenciar os resultados.

Relativamente às variáveis individuais, como sexo e habilitações literárias, apesar de termos encontrado diferenças, elas não são significativas. Quanto às variáveis mais relacionadas com o conhecimento e relação com a doença mental, com base na análise comparativa em função de aceitar ou não participar num programa de apoio à integração de um trabalhador com doença mental e os seis factores da escala integrante do questionário apenas encontrámos diferenças estatisticamente significativas ao nível do factor estigma, o que indicia que recrutadores da nossa amostra que apresentam valores mais elevados de

estigma para com o trabalhador com doença mental não estejam disponíveis para participar no referido programa. Isto poderá significar um enraizamento do estigma não existindo receptividade em alterar a visão e atitude em relação ao doente mental, encarando a doença mental como algo vergonhoso, devendo por isso ser ocultada e encarando o doente mental como alguém com dificuldade em obter sucesso profissional.

Na variável contratação futura de um trabalhador com doença mental, comparando-a em função dos seis factores acima referidos, verificamos a existência de diferenças significativas no que respeita ao factor separação e ao factor restrição. Ou seja, os resultados apontam para que os recrutadores que apresentam uma visão mais separatista e mais limitativa dos direitos das pessoas com doença mental tendem a não contratar um trabalhador com doença mental. Contrariamente ao esperado, com base no referenciado na literatura, não se obteve dados estatisticamente significativos quanto à associação da variável existência de contratação anterior de trabalhador com doença mental com contratação futura pessoa doente mental. É de referenciar o valor baixo do número de elementos com experiência de contratação de pessoas com doença mental.

Através da comparação na variável contrataria ou não um trabalhador com doença mental para o grau de regularidade de contacto com doente mental encontramos diferenças significativas, verificando-se o mesmo na análise do grau de à vontade com distintas pessoas com doença mental, o que vai ao encontro da literatura que refere que um contacto positivo com pessoa com doença mental favorece a existência de atitudes positivas, através da desmistificação de muitos estereótipos (Hernandez, 2000, cit. por Hannon, s.d; Siperstein et al, 2006;), nomeadamente facilitando a contratação de trabalhador com doença mental no mundo laboral. Foram também correlacionadas algumas variáveis, tais como o grau de regularidade de contacto e o grau de à vontade com determinadas pessoas com doença mental assim como se procedeu ao cruzamento das variáveis idade, número de anos a desempenhar funções na empresa e os seis factores constituintes da escala de atitudes sobre a doença mental usada neste questionário. Os resultados parecem apontar para que os respondentes se sintam mais à vontade com pessoas com quem têm uma ligação afectiva e vão ao encontro da literatura que refere que um contacto positivo com pessoa com doença mental favorece a existência de atitudes favoráveis, através da desmistificação de muitos estereótipos (Hernandez, 2000, cit. por Hannon, s.d; Siperstein et al, 2006;) e de que uma experiência de contacto positivo com pessoa com doença mental ajuda a que os empregadores tenham atitudes favoráveis para com os trabalhadores com incapacidades (Hernandez, 2000, cit. por Hannon, s.d).

Com base nos objectivos do nosso estudo, fizemos a proposta de lançar breves pistas de sugestões para quem futuramente deseje delinear um possível programa de intervenção junto dos recrutadores e de entidades empregadoras de forma a facilitar a contratação e integração laboral de pessoas com doença mental. Com base no nosso estudo, esta intervenção justifica-se uma vez que, e como já vimos, apesar de no geral os recrutadores da nossa amostra terem uma tendência para terem uma atitude favorável para com o doente mental, ainda existem estereótipos negativos que importam ser alterados de forma a se facilitar o processo de recovery do doente mental, neste caso facilitando o acesso e a integração laboral, até porque, de acordo com o nosso estudo, a doença mental está nos últimos lugares de preferência da contratação ao nível das doenças.

Como já foi referido, alguns dos motivos referenciados para a não contratação da pessoa com doença mental são a menor competência e/ou rendimento laboral, dificuldades em realizar trabalhos mais específicos ou o desconhecer as capacidades do trabalhador para a realização das tarefas específicas, a não adequação de máquinas, trabalho ou existência de sector adequado, o risco da actividade em termos de segurança para o trabalhador e dificuldades e falta de recursos em lidar/integrar um trabalhador doente mental ponderando a relação custo/benefício na contratação. Aliado a estes resultados, e, sendo, de acordo com os recrutadores, os motivos profissionais, tais como competência, qualificação, eficiência do trabalhador, os que mais facilitariam a contratação de um trabalhador com doença mental, parece-nos importante intervenções que visem a alteração de crenças e estereótipos já anteriormente referidos, pois constituem uma barreira ao acesso e boa integração laboral da pessoa com doença mental. Assim, uma sugestão para facilitar a concretização deste objectivo é a realização, nomeadamente através de organismos associados à reabilitação profissional, sobretudo de pessoas com doença mental, de programas e sensibilizações realizados directamente junto das empresas e recrutadores, reforçados por campanhas através dos mass media, pois é reconhecido pela literatura que a comunicação social pode influenciar o conhecimento do público sobre qualquer assunto, nomeadamente a doença mental (Wahl, 2003, cit por Madeira & Monteiro, 2007).

Primeiramente, para além de ser importante conhecer o destinatário do programa e campanhas, tais como, o sector de actividade, valores e cultura organizacionais, é fundamental também usar-se uma “linguagem de mercado”, ou seja, a linguagem da empresa. Com a actual crise e com a produtividade e os lucros das empresas a baixarem, elas necessitam de saber o que “ganham” com o contratar um trabalhador com doença mental, sobretudo quando os recrutadores apresentam estereótipos, tais como, o de que o trabalhador com doença mental apresenta baixas competências e rendimentos. Assim, para facilitar a

alteração destas crenças, estes programas deverão incidir, na nossa opinião, fundamentada na literatura, no valor que as pessoas com doença mental trazem ao local de trabalho, mostrando ao recrutadores o valor do trabalhador com doença mental e a mais valia que este pode trazer ao meio laboral. Não obstante, tal como qualquer trabalhador, para se explorar todas as suas potencialidades, é necessário que haja um ajuste entre o perfil do trabalhador e a função a realizar, sendo necessário, por vezes a necessidade de formação profissional, tanto para o bom desempenho das funções para as quais foi contratado, como para aplicar as suas potencialidades na empresa e na progressão da sua carreira.

Para mostrar a potencialidade do trabalhador com doença mental, e, de acordo com a literatura (Interagency, 2006) uma das estratégias é transmitir informação, nomeadamente recorrendo a factos e estatísticas quanto à produtividade e rentabilidade do trabalhador com doença mental (embora, das nossas pesquisas, desconheçamos estudos neste âmbito em Portugal), dar a conhecer casos de histórias de sucesso na contratação e integração de doente mental, mostrando-se aos recrutadores o valor deste trabalhador, recorrer a programas de discussão de casos, role-play, informá-los e afastar receios de mudança, pois, de acordo com Romano (2006, Interagency, 2006), uma das grandes barreiras no emprego de pessoas com incapacidades são o receio de mudança, falta de informação e não acreditar no valor de cada pessoa. Para o atingir deste objectivo parece-nos importante também que os recrutadores visitem e conheçam empresas que empreguem doentes mentais a fim de observarem estes no desempenho das suas funções, permitindo que os recrutadores avaliem o valor e competência destes trabalhadores num ambiente de integração laboral (Interagency, 2006). Programas que facilitem o reconhecimento do potencial dos empregados com doença mental junto dos recrutadores irá possibilitar ao recrutador receber novas informações acerca do desempenho do trabalhador com doença mental e dos seus direitos, facilitando uma mudança ao nível da componente cognitiva da atitude, podendo ocorrer mudanças atitudinais em relação à doença mental e ao trabalhador com doença mental (Triandis, 1971). De referir que, como há uma tendência a existir correspondência entre os componentes de qualquer atitude (cognitivo, afectivo e comportamental), as alterações numa destas componentes muito provavelmente já terão reflexos nas restantes componentes (Triandis, 1971). De acordo com o mesmo autor, uma mudança de atitude pode ser conseguida através de alterações ao nível da componente afectiva que a constitui. No nosso estudo encontramos associação entre o grau de à vontade com cliente com doença mental e contratar um trabalhador mental, ocorrendo o mesmo para vizinho, colega. Este resultado vai no sentido do referido por Triandis (1971) e pela literatura que refere que um contacto positivo com pessoa com doença mental facilita a existência de atitudes favoráveis, através da desmistificação de muitos estereótipos (Hernandez, 2000, cit.

por Hannon, s.d; Siperstein et al, 2006;) e de que uma experiência de contacto positivo com pessoa com doença mental ajuda a que os empregadores tenham atitudes favoráveis para com os trabalhadores com incapacidades (Hernandez, 2000, cit. por Hannon, s.d). Assim, e, por forma a haver também uma alteração ao nível comportamental da atitude, parece-nos importante haver este contacto com trabalhador com doença mental nomeadamente através da a) exigência de uma cultura organizacional que valorize a diversidade e onde sejam cumpridas políticas de apoio à contratação e acompanhamento ao nível da integração do trabalhador com doença mental; b) obrigação legal em que as empresas privadas, à semelhança do que acontece nas entidades públicas, sejam obrigadas a empregarem uma determinada percentagem, ou quota, de pessoas com doença mental (D.L. nº 29/2001 de 3 de Fevereiro e do D.L. 78/2003 de 23 de Abril), não o fazendo, seriam penalizadas se não tiverem uma abordagem positiva face à contratação e manutenção de trabalho de pessoa com doença mental. Aqui parece-nos importante que haja uma maior definição conceptual e diferenciação entre deficiência mental e doença mental, pois esta indefinição pode conduzir a que, por exemplo, “as pessoas com doença mental tenham entrado como actores no campo da reabilitação profissional das pessoas com deficiência, seja por falta de meios de reabilitação disponíveis, seja devido ao manejo do conceito de deficiência por parte dos especialistas do Estado e das organizações que as procuram atrair” (Veiga, 2006, p.182), embora já tenha havido alterações com a legislação a apoiar-se na CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidades e saúde*, designando pessoas com deficiências e incapacidades “aquelas que apresentem limitações significativas ao nível da actividade e da participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, e de cuja interacção com o meio envolvente resultem dificuldades continuadas, designadamente ao nível da obtenção, da manutenção e da progressão no emprego” (Diário da República, 2009, p.7484).

Para além dos factores acima referidos mais voltados para a facilitação da contratação de pessoa com doença mental, na sua integração, os estudos mostram que quantos mais trabalhadores com doença mental forem integrados no mercado de trabalho, mais facilmente os recrutadores sentir-se-ão confiantes com o valor e competência da pessoa com doença mental. Esta confiança poder-se-á fazer sentir em toda a organização, pois uma desmistificação de crenças negativas e uma atitude mais favorável em relação ao doente mental por parte do recrutador poderá ter efeitos mais significativos no clima organizacional. Se os recrutadores apresentarem atitudes mais favoráveis para com o trabalhador doente mental, devido à sua posição de poder, podem influenciar toda a organização e afastar estereótipos (Corrigan, 2004), com os próprios colegas de trabalho a valorizarem mais o

trabalho da pessoa com doença mental, pois de acordo com alguns estudos e com os resultados do nosso estudo, de acordo com alguns inquiridos, os próprios colegas do trabalhador com doença mental possuem estereótipos e tem preconceitos e estigma, e uma forma de mudar atitudes é alterando as das pessoas com quem interage, ou seja, o grupo social desempenha um papel importante na formação de atitudes (Triandis, Adamopoulos & Bringberg, 1984). Também a existência de reforços, sejam eles monetários, benefícios de outra natureza (e já vimos no enquadramento teórico que benefícios laborais, tais como: férias, segurança social, baixa por doença, reforma são reforços importantes), de estatuto, de amizade, entre outros, por a pessoa acreditar que o objecto da atitude, neste caso, as pessoas com doença mental, possuem determinadas características, poderá ser bastante positivo, nomeadamente na facilitação de um clima organizacional onde a heterogeneidade e a diferença seja considerado uma mais-valia, se se tiver em conta determinadas condições, tais como, estas recompensas serem conseguidas num contexto de cooperação (Triandis, Adamopoulos & Bringberg, 1984) entre pessoas com doença mental e sem doença mental.

De acordo com O'Hara (2004, cit. por Roessler et al., 2007), num estudo acerca da discriminação laboral, as próprias pessoas com incapacidades dizem sentir discriminação na sua integração, discriminação relacionada com aceitação na organização, gozação por parte do supervisor relativamente à incapacidade e comentários de desempenho injustos, o que reforça a importância da existência de uma política de integração e cultura organizacional que valorize a diferença. Também no nosso estudo, alguns respondentes com contratação anterior de trabalhador com doença mental referiram dificuldades de integração, as quais estão relacionadas sobretudo com falta de preparação técnica, não aceitação dos colegas e determinadas limitações não especificadas. Ensino técnico competente e tolerância dos colegas são dois aspectos que os recrutadores referiram como podendo contribuir para ultrapassar a dificuldade de integração do trabalhador. A necessidade de ensino técnico competente vem reforçar a importância da avaliação, orientação vocacional e formação profissional da pessoa com doença mental. A tolerância de colegas de trabalho do doente mental vai de encontro à necessidade de sensibilização para a existência de uma cultura organizacional e/ou obrigação legal para a existência ou cumprimento de políticas de apoio à contratação e acompanhamento ao nível da integração do trabalhador com doença mental. Uma organização que se regule por uma cultura organizacional com normas e valores que considerem a diversidade e a diferença como sendo um valor acrescentado tem mais probabilidade de integrar pessoas com desvantagens, nomeadamente com doença mental (Interagency, 2006). É igualmente importante a sensibilização e discussão para a igualdade de direitos dos cidadãos, uma vez que os recrutadores que referiram que contratariam um

trabalhador com doença mental apontam como razões sobretudo o direito ao trabalho, o apoio à integração de doentes na vida activa e motivos de responsabilidade social. Intervenções que incluem iniciativas que fundamentam uma política de diversidade e de igualdade na empresa são também importantes destacando-se a importância do envolvimento na implementação de política de diversidade e igualdade de oportunidades laborais não só dos recrutadores mas também de outros gestores ao mais alto nível bem como o dono da empresa, uma vez que, se assim for, estas políticas reflectem-se mais apropriadamente tanto nas actividades diárias como nos planos a longo prazo (CRPG, 2004).

A partir dos resultados poderemos referir que os inquiridos com experiência de contratação de pessoa com doença mental, no geral, manifestaram dificuldades ao nível da contratação, integração e/ou manutenção do posto de trabalho, aceitando a grande maioria fazer parte de um programa de apoio a este nível. Contudo a grande maioria referiu desconhecer as medidas de apoio do Estado na contratação e integração do doente mental no meio laboral, havendo a necessidade de estas serem mais divulgadas, pois poderão facilitar a contratação e integração do trabalhador com doença mental. Os que conhecem algumas políticas referem sobretudo as relacionadas com aspectos económicos, tais como Taxa social única, isenção de contribuições, entre outras, mas, de acordo com os resultados no nosso estudo e corroborando outros estudos, os motivos económicos não são os que mais resultam no caso da doença mental (resultando mais para as incapacidades físicas). Assim, e como os apoios do Estado não se restringem aos apoios económicos oferecendo formação técnica e acompanhamento à contratação e integração é importante que estas medidas sejam divulgadas junto dos empregadores, quer directamente, quer através de campanhas que recorram à comunicação social, pois a literatura refere o impacto que aquela exerce na mudança de atitudes. Esta divulgação parece-nos fundamental pois no início destas intervenções importa chamar a atenção dos recrutadores através dos benefícios que a empresa possa ter na contratação de pessoas com doença mental, facilitando-se a mudança de atitudes. De nosso conhecimento, esta divulgação actualmente chega às empresas através do site do Iefp, onde se pode consultar manuais que se debruçam sobre o valor acrescentado do trabalhador com deficiência (e onde se pode considerar também a doença mental).

Para além do IEFP e centros com os quais se articula, tais como centros de reabilitação profissional de gestão participada e entidades de reabilitação, existem alguns centros privados que ao procurarem a integração sócio-profissional do trabalhador com doença mental sensibilizam as entidades empregadoras para facto do trabalhador com doença mental poder ser um valor acrescentado para a empresa, bem como informam de eventuais apoios financeiros ou técnicos que a legislação contempla. Desconhecemos entidades que realizem

uma intervenção mais estruturada e alargada no sentido de se influenciar directamente as atitudes negativas por parte das entidades patronais em relação ao trabalhador com doença mental. Como já referimos anteriormente, o IEFP e alguns centros com que se articula e algumas entidades privadas fornecem apoio técnico no sentido de facilitar o acesso ao mercado de trabalho, bem como a sua manutenção e progressão profissional, tendo em conta o perfil e características da pessoa com deficiência/doença mental e as oportunidades de mercado de trabalho e emprego, havendo toda uma mobilização de parcerias e de trabalho em rede. Nesta articulação e mobilização é fundamental reger-se por uma visão integrada entre a empresa e a pessoa com doença mental, nomeadamente na selecção do tipo, natureza de emprego e regime contratual em função dos interesses e perfil da pessoa (Marques, 2008).

Não obstante, importa referir que a eficácia destas medidas na prática deverá ser avaliada e serem tomados ajustes ou repensadas se necessário, uma vez que não conseguimos avaliar como este acompanhamento é na prática nem a que estratégias recorrerem, havendo mesmo recrutadores que referem que estes apoios são ineficazes (embora não especificando nenhum apoio). Ou será que, e uma vez que nos parece existir muita indefinição conceptual entre deficiência e doença mental, estes apoios e intervenções resultam para as deficiências físicas e para a deficiência mental, existindo centros de recursos e apoios financeiros, mas já não serão tão eficazes na doença mental, devido aos estereótipos e estigma? Como referido, nos nossos resultados, comparativamente com as várias deficiências, a doença mental seria das últimas a ser contratadas, talvez devido aos estereótipos a ela associados, justificando-se uma vez mais uma intervenção a este nível junto dos recrutadores e empresas.

No apoio à contratação, é importante a existência de técnicos que orientem e apoiem os recrutadores na contratação, tendo em conta as dificuldades existentes, bem como ter um programa de acompanhamento na integração laboral, tal como a actual lei prevê.

A par deste acompanhamento, parece-nos importante existir uma reunião a nível interno, formal ou informalmente, na empresa entre diferentes profissionais e de diferentes áreas ou a nível externo entre recrutadores e outros profissionais e técnicos de reabilitação, com o objectivo de se reflectir acerca das dificuldades e de quais serão as melhores estratégias para contratar e integrar trabalhadores com incapacidades, nomeadamente a doença mental. No sentido de se assegurar um conjunto de apoios ao trabalhador é também fundamental reuniões de apoio regulares, nomeadamente na resolução de dificuldades individuais e no desenvolvimento de competências que facilitem o sucesso da manutenção do emprego, a estabilidade da situação profissional e a progressão na carreira.

Manter o posto de trabalho de uma pessoa com doença mental, de acordo com a literatura não é fácil, porque, entre outros motivos, devido à doença existe um elevado

absentismo ao trabalho, nomeadamente por baixa médica, havendo quebras na produtividade e gastos com substituição de pessoal. Assim, uma das funções dos centros de integração no mercado de trabalho das pessoas com doença mental, tendo uma base de dados, seria assegurar à empresa a substituição imediata do trabalhador que se ausentou, de forma à empresa não sair prejudicada. Como as doenças têm um enorme impacto na produtividade e custos para a empresa parece-nos fundamental programas de saúde preventivos, nomeadamente apostando na higiene e segurança no trabalho (uma das preocupações que apareceram nos resultados), bem estar do trabalhador e apoio a este. A actual lei nesta matéria contempla a articulação com os serviços de saúde, apontando para que o processo de atribuição dos apoios deva, sempre que possível, ser acompanhado pelos serviços de saúde ocupacional da respectiva entidade empregadora. No entanto, parece-nos importante uma maior especificidade no que respeita a esta matéria, pois o apoio governamental e a comunicação Estado-empresas é essencial, devendo haver apoios atractivos neste âmbito, tais como a existência de programas de saúde para os trabalhadores e de benefícios de saúde (melhor acesso, reduzir gastos médicos e de farmácia, entre outros) havendo uma maior protecção da capacidade de trabalho e menor taxa de absentismo. Ao seguir este programa estaríamos a ter em conta os três factores preferenciais que os nossos recrutadores referem como sendo os que facilitam a contratação: o de competência (mostrando o valor das pessoas com doença mental), económicos (com os apoios do Estado) e a aprovação e reconhecimento de clientes. Ao longo do tempo, tem-se verificado, para além do aumento da produção e dos lucros, um aumento da preocupação com a imagem pública das empresas, estando a sociedade em geral a exigir responsabilidade social às empresas (CRPG, 2004). E a igualdade de oportunidades e uma atitude favorável face à empregabilidade de pessoas com doença mental, projectam uma imagem mais positiva da empresa, reflectindo-se num maior rendimento da sua actividade, contando como clientes as pessoas com doença mental, familiares e amigos, entre outros (CRPG, 2004). A divulgação, através de acções e marketing, das políticas de inclusão e de promoção da igualdade de direitos destas empresas favorecem, por seu lado, este reconhecimento de clientes e os lucros.

Porém, para além de intervir junto dos empregadores é importante intervir junto dos doentes, até porque, de acordo com Sobrino (s.d), entre os factores que predizem e correlacionam com um desempenho adequado ao mundo laboral estão possuir habilidades adequadas de ajuste laboral, ter uma história laboral prévia, ter expectativas e interesses ajustados ao mercado laboral, ter participado com êxito em programas que ajudam na procura de emprego, o apoio profissional e a motivação para trabalhar. Assim, é importante que antes de serem integrados no mercado de trabalho, seja desenvolvido um trabalho de

desenvolvimento integrado e integral de competências funcionais, entre elas o desenvolvimento de competências de empregabilidade (Marques, 2008), até porque muitas vezes o doente mental não estará devidamente preparado e perante uma oportunidade de trabalho não mostrará todo o seu potencial, reforçando estereótipos daqueles que têm a função de contratar e mesmo de colegas de trabalho. A actual lei (209/2009) contempla que, sempre que se justifique, a formação profissional integre, entre outros aspectos, o desenvolvimento da autonomia pessoal, de atitudes profissionais, comunicacionais, de motivação e de condições de empregabilidade, e de reforço da auto-imagem e da auto-estima do trabalhador com doença mental (Diário da República, 2009, p.7483).

No sentido de melhorar o processo de recovery do trabalhador com doença mental, nomeadamente com uma contratação e integração laboral adequada, num clima organizacional isento de estereótipos e de comportamentos discriminatórios, em que tanto o trabalhador como o recrutador e empregador se sintam satisfeitos, importa a realização de mais estudos. Por exemplo, achamos pertinente um levantamento do número de trabalhadores com doença mental empregados e a sua opinião acerca da sua integração laboral, estudos tendo em conta as diferentes características organizacionais (nomeadamente o tamanho das empresas, o serem públicas ou privadas), estudos que visem procurar qual a cultura organizacional mais facilitadora da integração laboral.

Apesar de a nossa amostra não ser representativa e dos dados terem algumas limitações, tais como um número reduzido de inquiridos e alguns alpha de Cronbach mais baixo que os estudos originais, pensamos que os objectivos a que nos propusemos foram conseguidos, ou seja, conhecer melhor o modo como os recrutadores pensam e agem em relação aos doentes mentais, constatando que muitos dos estereótipos referidos na literatura surgiram também no nosso estudo. Com base nos resultados foi possível lançar algumas sugestões para um possível programa de intervenção junto dos recrutadores e entidades empregadoras, de forma a facilitar a contratação e integração laboral de pessoas com doença mental. No futuro seria recomendável utilizar uma amostra maior, mais homogénea quanto ao género do inquirido, bem como quanto ao sector actividade e tamanho da empresa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J.C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Paris: Delval.
- Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et Représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Alves, M. F. (2008). *A doença mental nem sempre é doença : racionalidades leigas sobre saúde e doença mental – um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento. Porto: Universidade Aberta, in <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1268>, acedido em 2/2010.
- Baliza, E. (1999). Atitudes evocadas por empregadores no emprego de pessoas com deficiência mental. (pp.283-291). *Reabilitação e Comunidade: Actas 1ª Conferência “Reabilitação e Comunidade”*. Lisboa: ISPA.
- Botelho, A. ; Astúcia, A.; Moita, C.; Ferreira, F.; Alves, M.; Rasquete, P.; Moleiro, S. (2004). *As pessoas com deficiência e o trabalho: programas e medidas de apoio*. In L. Conceição (Coord.) Instituto de Emprego e Formação Profissional: Direcção de serviços de programas de inserção (2ª ed. Revista). Lisboa, in <http://www.iefp.pt/apoios/empresas/reabilitacao/docs/Documents/As%20Pessoas%20com%20Deficiencia%20e%20o%20Trabalho/PESSOAS%20COM%20DEFICIENCIA%20E%20O%20TRABALHO%20-%20MANUAL.pdf>, acedido em 6/2008.
- Bryman, A. & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais, introdução às técnicas utilizando o Spss para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*, 14, 28, 125-137.
- Centro de Conhecimento Europeu na área da formação profissional e emprego para pessoas com deficiência mental (2004). *From disability to ability: o percurso para a igualdade de oportunidades pelo emprego de pessoas com deficiência mental*, in www.fenacerci.pt/Canal2/fotos_projectos/labor-disability.pdf, acedido em 11/2009.
- CRPG - Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2004). *Valor acrescentado do trabalhador com (D)eficiência*. Instituto de Emprego e Formação Profissional: Direcção de serviços de programas de inserção. Lisboa, in <http://www.iefp.pt/apoios/pessoasdeficiencia/docsdivulgacaocomplementar/Documents/VALOR%20ACRESCENTADO%20-%20MANUAL.pdf>, acedido em 6/2008.
- CRPG - Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2007). *Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades – Uma estratégia para Portugal*, in http://www.cprg.pt/site/Documents/id/modelizacao/produtos/Mais_qualidade_de_vida.pdf, acedido em 6/2008.
- Cima, M. (2003). *Imagem do psicólogo na saúde: um estudo no Hospital Distrital de Vila Real*. Tese de Mestrado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Combs, I. & Omgvig, C. (1986). Accomodation of disabled people into employment: perceptions of employers. *Journal of Rehabilitation*, 52, 2, 42-45.

- CE - Comissão Europeia (2005). *Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas, Comissão das Comunidades Europeias, Bruxelas, in <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/02/livro-verde-pt.pdf>, acedido em 4/2009.
- Corrigan, P. (2004). Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 2, 113-121.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177-201.
- Dewa, C., McDaid D. & Ettner, S. (2007). An international perspective on worker mental health problems: who bears the burden and how are costs addressed? *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 2, 6, 346-356.
- DGS - Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 mais saúde para todos. Volume II- Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, in <http://www.dgsaude.up/uplod/membro.id/ficheiros/i006757.pdf>, acedido em 11/2009.
- Doise, W. (1984). Social representations, inter-group experiments and levels of analysis. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.) *Social representations: european studies in social psychology* (pp.255-268). Cambridge: Cambridge University Press.
- Doise, W. (1988). Individual and societal identities in intergroup relations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 99-111.
- Durkheim, E. (1973). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et Morale*, 6, 273-302.
- Farina, A., Gliha, D., Boudreau, L., Sllen, J., Sherman, M. (1971). Mental illness and the impact of believing others know about it. *Journal of abnormal psychology*, 77, 1 1-5.
- Farr, R. & Moscovici, S. (1984). *Social representations: european studies in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Forrester, M. (2000). *Psychology of the Image*. London: Routledge.
- Gabriel, P. (2000). *Mental health in the workplace: situation analysis*. United States: International labour office (Gladnet collection).
- Gildbride, D., Stensrud, R., Ehlers, C., Evens, E., Peterson, C. (2000). Employer's attitudes toward hiring persons with disabilities and vocational rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation*, 66, 4, 17-23.
- Grace (2005). *A integração de pessoas com deficiência nas empresas: como actuar*. Lisboa. Instituto Ethos, in http://grace.pt/cms_grace/ImagensBo/Integracao1.pdf, acedido em 11/2009.
- Guerreiro, M. (2001). *As representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes com e sem deficiência mental*. Tese de Mestrado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Hahn, A. (2002). *The effect of information and prior contact on attitudes towards mental illness*, in http://grace.pt/cms_grace/ImagensBo/Integracao1.pdf, acedido em 11/2009.

- Hand, C. & Tryssenaar, J. (2006). Small business employer's view's on hiring individuals with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 3, 166-173.
- Hannon, F. (s.d). *Literature review on attitudes towards disability*. National disability authority. Disability research series, in <http://issda.ucd.ie/documentation/nda/nda06-literature.pdf>, acedido em 10/2009.
- Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *British journal of social psychology* , 45, 65-86.
- Hunt, C. & Hunt, B. (2004). Changing attitudes toward people with disabilities: experimenting with an educacional intervention. *Journal of Managerial Issues*, 16, 2, 266-280.
- IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional (s.d). Interação com a pessoa com deficiência: manual de etiqueta. Fundo Social Europeu in <http://www.iefp.pt/apoios/pessoasdeficiencia/docsdivulgacaocomplementar/Documents/MANUAL%20DE%20ETIQUETA.pdf>, acedido em 6/2008.
- Instituto Nacional de Estatística Portugal (2002). *Censos 2001: Análise de população com deficiência: resultados provisórios*. Destaque do INE. Lisboa: INE.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2009). *Guia prático – respostas sociais- população adulta- pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico*. Lisboa, in <http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.06.14.01>, acedido em 1/2010.
- Interagency committee on disability research (2006). *Employer perspectives on workers with disabilities: A National Submmit to develop a research agenda. Interagency Subcommitte on employment*, in <http://www2.ed.gov/rschstat/research/pubs/ise-report--employer-perspectives.pdf>, acedido em 10/2009.
- Jahoda, G.(1988). Critical notes and reflections on “social representations”. *European Journal of Social Psychology*, 18, 195-209.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Madrid: Paidós.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e Representações sociais. Psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Jones, R. & Guskin, S.(1984). *Attitude and attitude change in special education: theory and practice*, in http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/2e/a7/97.pdf, acedido em 6/2009.
- Krupa, T. (2007). Interventions to improve employment outcomes workers who experience mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 6, 339-345
- Lima, L. P. (2004). Atitudes: estrutura e mudança. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (pp.187-225). Lisboa: Gulbenkian.
- Lusting, D., Strauser, D. & Donnel, C. (2003). Quality employment outcomes: benefits for individuals with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 47, 1, 5-14.
- Madeira, T. & Monteiro, F. (2007). Considerações sobre doença mental e comunicação social. *Análise psicológica*, 1, 25, 97-109

- Mail online (2008). *Stigma and discrimination of mental illness stops suffers from applying for jobs*, in <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1036957/Stigma-discrimination-mental-illness-stops-sufferers-applying-jobs.html>, acedido em 7/2009.
- Marques, A. (2007). *Modelo Integrado de Desenvolvimento Pessoal: um modelo de Reabilitação Psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Marques, A. (2008). *Material cedido da disciplina de Questões Aprofundadas de Psicologia II*. Mestrado em Temas de Psicologia, área de especialização Psicologia da Saúde. Porto: FPCEUP (não publicado).
- Marques, J. (1983). Das estruturas cognitivas às representações sociais. *Psicologia*, 4, 3, 239-250.
- Martins, M.A. (2001). *Deficiência Mental e Desempenho profissional*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Doença Mental. Livros SNR Nº19.
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A., Davidson, L., (2006). From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 36-61.
- Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação. Relatório do Director-Geral e do Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Lisboa in <http://www.dgs.pt/>, acedido em 1/2010.
- Ministério da Saúde (2007). *Relatório proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007/2016*. Lisboa: Comissão Nacional para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal, in <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/01/relatorioplanoaccoservicossaudemental.pdf>, acedido 1/2010.
- Ministério da Saúde (2008a). *Plano Nacional para a Saúde Mental – resumo executivo- 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, in http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/09/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf, acedido em 1/2010.
- Ministério da Saúde (2008b). *Guia para a defesa dos direitos em saúde mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, in http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/12/2009-12-18_guiadvocacia_finalweb.pdf, acedido em 1/2010.
- Ministério da Saúde (2008c). *Pacto europeu para a saúde mental e bem-estar. Conferência europeia de alto nível: “Juntos pela saúde mental e bem-estar (12 e 13 de Junho de 2008)*. Bruxelas. Versão portuguesa. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, in <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/07/pactoeuropeu-saudemental.pdf>, acedido em 1/2010.
- MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). *Primeiro Plano de acção para a integração das pessoas com deficiências ou incapacidade 2006/2009*. Gabinete da Secretária de

- Estado Adjunta e da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa in <http://www.inr.pt/content/1/26/paipdi>, acedido em 1/2010.
- Moleiro, S. (2004). *Guia de recursos de 2003*. Conceição, L. & Martins, M. (Coord.). Instituto de Emprego e Formação Profissional: Direcção de serviços de programas de inserção. Lisboa, in <http://www.iefp.pt/apoios/PessoasDeficiencia/Paginas/GuiaRecursosPessoasDeficiencia.aspx>, acedido em 6/2008.
- Moliner, P. (1995). A two-dimensional model of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 25, 27-40.
- Morant, N. (2006). Social representations and the professional knowledge: the representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology*, 45, 817-838.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*, 2ªed. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.) *Social representations: european studies in social psychology* (pp. 3-69). Cambridge: Cambridge University Press
- Moscovici, S. (1986). *Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología Social y problemas sociales*. Madrid: Paidós.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.
- Moscovici, S. (2001). The phenomenon of social representations. In G. Duven (Ed.), *Social representations: explorations in social psychology* (pp. 18-77). New York: University Press.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Murphy, A., Mullen, M. & Spagnolo, A. (2005) Enhancing individual placement and support: promoting job tenure by integrating natural supports and supported education. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 37-61.
- Ng, P. & Chan, K. (2000). Sex Differences in Opinion Towards Mental Illness Secondary School Students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 46, 2, 79.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social, vol.1*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social, vol.2*. Lisboa: Universidade Aberta.
- OMS (2001). Relatório sobre a saúde no mundo. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneve: OMS (documento em português), in <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>, acedido em 1/2010.
- Ozawa, A. & Yaedda, J. (2007). Employer attitudes toward employing persons with psychiatric disability in Japan. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26, 105-113.
- Paez, D. (1987). Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. In D. Paez (Ed). *Pensamiento, individuo y sociedad: cognition y representación social* (pp. 297-317). Madrid: Fundamentos.

- Pereira, A. (2002). *Spss: Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. (3ª ed. Revista e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- Projecto “Uma música para a Saúde Mental”: campanha anti-estigma / pró saúde mental. UPA: unidos para ajudar, in <http://www.encontrarse.pt>, acedido em 4/2008.
- Queirós, C. (2008) *Material cedido da disciplina de Questões Aprofundadas de Psicologia II*. Mestrado em Temas de Psicologia, área de especialização Psicologia da Saúde. Porto: FPCEUP (não publicado).
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Roessler, R., Neath, J., B. McMahon & Rumrill, P. (2007). Workplace discrimination outcomes and their predictive factors for adults with multiple sclerosis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50, 3, 139-152.
- Recomendação 2003/361/CE da Comissão, de 6 de Maio de 2003 relativa à definição de micro, pequenas e médias empresas. *Jornal Oficial da União Europeia* 20/05/2003. A Comissão das Comunidades Europeias in <http://www.eicpme.iapmei.pt/resources/download/NovaRecPME.pdf> , acedido em 11/2009.
- Sheikh, A. (1983). *Imagery: current theory, research and application*. New York: John Willey & Sons.
- Simões, E. (2007). Representações sociais da escola rural de meados do século XX em Portugal. *Análise Psicológica*, 2, 25, 211-228.
- Siperstein, G., Romano, N., Moher, A. & Parker, R. (2006). A national survey of consumers attitudes toward companies that hire people with disabilities. *J. of Vocational Rehabilitation*, 24, 3-9.
- Sobrino, T. (s.d.). *Centros de rehabilitación laboral* (pp. 99-126) in <http://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Sobrino-T.pdf>, acedido em 10/2010.
- Soczka, L. (1988). Representações sociais, relações intergrupos e identidades profissionais dos psicólogos. *Psicologia*, 6 (2) 253-278.
- Triandis, H.C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York: Willey.
- Triandis, H.C., Adamopoulos, J. e Bringberg, D. (1984). Perspectives and issues in the study of attitudes. In R. Jones (Ed). *Attitude and attitude change in special education: theory and practice*. EUA: CEC-ERIC, in http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/2e/a7/97.pdf, acedido em 6/2009.
- Tsang, H. & Lam, P. (2000). Predictors of employment outcome for people with Psychiatric disabilities: a review of literature since the mid '80s. *Journal of Rehabilitation*, 66, 2, 19-31
- Vala, J. (2004). Representações sociais e Psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (pp.457-502). Lisboa: Gulbenkian.
- Valente, A. (2005). *Percepção do programa Escola Segura por militares da GNR e escolas*. Dissertação de Mestrado em Criminologia. Porto: FDUP .

- Veiga, C.V. (2006). *As regras e as práticas: factores organizacionais e transformações na política de reabilitação profissional das pessoas com deficiência*. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração de pessoas com deficiência. Lisboa, in <http://www.inr.pt/content.php?idlang=1&id=111&alias=cadernos-snr&imprime&imprime>, acedido em 10/2009.
- Wagner, W.; Farr, R; Jovchelovitch, S.; Lorenzi-Cioldi, F.; Marková, I.; Duveen, G. & Rose, D. (1999). *Theory and method of social representations*. London: LSE Research, in <http://eprints.lse.ac.uk/2640/1/Theoryandmethod.pdf>, acedido em 10/2009.
- Watts, W.A. (1984). Attitude change: Theories and methods. In R. Jones (Ed). *Attitude and attitude change in special education: theory and practice*. EUA: CEC-ERIC, in http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/2e/a7/97.pdf, acedido em 6/2009.
- Wong, K., Chiu, L, Tang, S., Kan, H., Kong, C., Chu, H., Chiu, S. (2004). A supported employment program for people with mental illness in Hong-Kong. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 7, 83-96.
- World Health Organization (WHO) (2005). Mental Health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference, in <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/02/decl-helsinki.pdf>, acedido em 1/2010.

Sites consultados:

- Alto Comissariado da Saúde : www.acs.min-saude.pt (2009 e 2010)
- Associação para o Estudo e Integração Psicossocial: www.aeips.pt (2009 e 2010)
- Directório de empresas: www.infoempresas.com.pt (2009 e 2010)
- Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doença Mental: www.fnerdm.pt (2009 e 2010)
- Instituto de Emprego e Formação Profissional: www.iefp.pt (2009 e 2010)
- Instituto Nacional para Reabilitação: www.inr.pt (2009 e 2010)

Legislação consultada:

- D.R. (1998). Ministério da Saúde. Despacho conjunto nº 407/98. *Diário da República* - 2ª série, nº138. 18-06-1998. p.8328.
- D.R. (1998). Ministério da Saúde. D.L. nº36/98. *Diário da República* - 1ª série- A, nº169. 24-07-1998. pp.3544-3550. (lei de saúde mental)
- D.R. (1999). Ministério da Saúde. D.L. nº35/99. *Diário da República* - 1ª série- A, nº30. 05-02-1999. pp.676-681.
- D.L. nº 29/2001, de 3 de Fevereiro
- D.R. (2004). D.L. nº38/2004. *Diário da República* - 1ª série- A, nº194. 18-08-2004. pp.5232-5236.
- D.R. (2008). Presidência do Conselho de Ministros, Resolução do Conselho de Ministros nº49/2008. *Diário da República* - 1ª série, nº47. 06 de Março de 2008. pp.1395-1409.
- D.R. (2008). Presidência do Conselho de Ministros, Resolução do Conselho de Ministros nº70/2008. *Diário da República* - 1ª série, nº79. 22 de Abril de 2008.
- D.R. (2009). Portaria nº128/2009. *Diário da República* - 1ª série, nº21. 30 de Janeiro de 2009. pp.645-649.
- D.R. (2009). Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. D.L. nº 290/2009. *Diário da República* - 1ª série, nº197. 12 de Outubro de 2009. pp.7482-7497.
- D.R. (2010). Ministério da Saúde. D.L. nº8/2010. *Diário da República* - 1ª série, nº19. 28-01-2010. pp.257-263.

Anexo: Apresentação do Questionário

(draft impresso, original apresentado on-line)

Este questionário é realizado no âmbito de um projecto de Mestrado em Temas de Psicologia (área de especialização de Psicologia da Saúde), a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, realizado por Liliana Lopes sob a orientação da prof. Dra. Cristina Queirós. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos (dissertação de Mestrado), sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual e não revelam a empresa a que pertencem. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

O questionário é anónimo e apesar de o receber no seu email, ao fazer o envio do questionário preenchido os seus dados não serão identificados, pois são-nos devolvidos sob a forma de um remetente criado propositadamente para apagar o seu endereço e o substituir por um endereço do projecto. No caso de pretender colocar questões, por favor utilize o endereço pll_duvidas@fpce.up.pt.

Grupo I – Caracterização organizacional

1. Qual o sector geral da vossa empresa?

- Componentes têxteis
- Componentes para veículos de duas rodas
- Outro. Qual?

1.1. Qual o sector de actividade da vossa empresa?

- Comércio
- Indústria
- Outro. Qual?

2. Qual o número de empregados permanentes na vossa empresa?

- Até 10
- De 11 a 50
- De 51 a 250
- Mais de 251

3. Actualmente existem empregados com doença mental na vossa empresa?

- Não
- Sim. Quantos? _____

4. Existe uma política de integração de pessoas com doença mental na vossa empresa?

- Não
- Sim. Qual? _____

Grupo II - Caracterização individual do empregador

1. Sexo:

- Masculino
 Feminino

2. Idade: _____

3. Habilitações Literárias:

- Até 9º ano
 Até 12º ano
 Frequência universitária
 Licenciatura
 Pós graduação/mestrado/doutoramento

4. Há quantos anos desempenha funções nesta empresa? _____

5. Tem experiência de contratação de trabalhador com doença mental?

- Sim
 Não (avance para a questão nº6)

Se respondeu sim:

5.1. A sua experiência foi na actual empresa?

- Sim
 Não

5.2. Sentiu alguma dificuldade durante a entrevista de emprego?

- Sim. Qual? _____
O que poderia contribuir para ultrapassar essa dificuldade? _____
 Não

5.3. Sentiu alguma dificuldade durante a integração do trabalhador?

- Sim. Qual? _____
O que poderia contribuir para ultrapassar essa dificuldade? _____
 Não

5.4. Sentiu alguma dificuldade em manter o posto de trabalho da pessoa com doença mental?

- Sim. Qual? _____
O que poderia contribuir para ultrapassar essa dificuldade? _____
 Não

6. Contrataria um trabalhador com doença mental?

- Sim. Para que funções? _____
 Não

Porque razão? _____

7. Conhece políticas do Estado de apoio à integração de pessoas com doença mental?

Sim. Quais? _____

Não

8. Se surgisse a possibilidade, aceitaria fazer parte de um programa que sensibilizasse e apoiasse na contratação e integração de trabalhador com doença mental?

Sim

Não

9. Ordene por ordem de preferência de contratação, quem contrataria na sua empresa (o valor 1 corresponde ao que contrataria primeiro e o valor 5 ao que contrataria em último):

Deficiência motora

Deficiência mental

Doença mental

Deficiência auditiva

Deficiência visual

10. Ordene por ordem de importância, os factores que facilitariam a contratação de um trabalhador com doença mental na sua empresa (1 mais importante, 6 menos importante):

Motivos profissionais (ex: competência, qualificação, eficiência... do trabalhador)

Motivos morais (ex: satisfação e necessidade pessoal de ser solidário)

Motivos económicos (ex: subsídios, incentivos fiscais, prémios advindos da contratação de trabalhadores com doença mental)

Pedido (ex: alguém lhe pediu emprego para um trabalhador com doença mental)

Reconhecimento ou aprovação dos clientes (ex: responsabilidade social, empresa solidária, etc.)

Outro motivo. Qual? _____

11. Indique o grau de facilidade com que contrataria um trabalhador com a seguinte doença:

	Não contrataria				Contrataria
	1	2	3	4	5
Esquizofrenia	1	2	3	4	5
Depressão	1	2	3	4	5
Perturbação obsessivo-compulsiva	1	2	3	4	5
Desordens de ansiedade	1	2	3	4	5
Perturbação Bipolar	1	2	3	4	5
Outra. Qual?	1	2	3	4	5

12. Indique o grau de regularidade que tem no contacto com as seguintes pessoas:

	Nenhuma regularidade			Muita regularidade	
	1	2	3	4	5
Familiar com doença mental	1	2	3	4	5
Vizinho com doença mental	1	2	3	4	5
Companheiro com doença mental	1	2	3	4	5
Amigo com doença mental	1	2	3	4	5
Colega de trabalho com doença mental	1	2	3	4	5
Empregado com doença mental	1	2	3	4	5
Clientes com doença mental	1	2	3	4	5
Outros. Quem?	1	2	3	4	5

13. Indique o grau de à vontade que tem no contacto com as seguintes pessoas:

	Pouco à vontade			Muito à vontade	
	1	2	3	4	5
Familiar com doença mental	1	2	3	4	5
Vizinho com doença mental	1	2	3	4	5
Companheiro com doença mental	1	2	3	4	5
Amigo com doença mental	1	2	3	4	5
Colega de trabalho com doença mental	1	2	3	4	5
Empregado com doença mental	1	2	3	4	5
Clientes com doença mental	1	2	3	4	5
Outros. Quem?	1	2	3	4	5

14. Indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações¹:

	Discordo totalmente	Discordo quase totalmente	Às vezes concordo	Concordo quase totalmente	Concordo totalmente
1. As pessoas com doença mental têm comportamentos imprevisíveis.					
2. Se as pessoas vierem a ter sintomas de doença mental uma vez, facilmente terão novamente.					
3. Se um serviço de saúde mental for instalado no meu bairro, eu sairei do mesmo.					
4. Mesmo que a doença mental de uma pessoa tenha sido tratada, eu continuarei a recear de estar junto dela.					
5. Pacientes de saúde mental e outros pacientes não deverão ser tratados no mesmo hospital.					
6. Quando um cônjuge tem doença mental, a lei deverá autorizar o outro cônjuge a pedir o divórcio.					
7. As pessoas com doença mental tendem a ser violentas.					
8. As pessoas com doença mental são perigosas.					
9. As pessoas com doença mental deverão ser temidas.					
10. É fácil identificar as pessoas que têm uma doença mental.					
11. Pode-se facilmente dizer que uma pessoa tem doença mental pelas características do seu comportamento.					
12. As pessoas com doença mental têm um baixo Q.I.					
13. Todas as pessoas com doença mental têm alguns comportamentos estranhos.					
14. Não é apropriado que as pessoas com doença mental se casem.					
15. As pessoas que possuem doença mental não podem recuperar totalmente.					
16. As pessoas que possuem doença mental não deverão ter filhos.					

¹ Original de Hanh (2002), traduzido e adaptado por Jorge-Monteiro & Madeira (2007).

	Discordo totalmente	Discordo quase totalmente	Às vezes concordo	Concordo quase totalmente	Concordo totalmente
17. Não há futuro para as pessoas com doença mental.					
18. As pessoas com doença mental conseguem manter um emprego.					
19. O cuidado e o suporte da família e amigos poderão ajudar as pessoas a recuperar da sua doença mental.					
20. As instituições e a comunidade (incluindo o governo) deverão conceder postos de trabalho às pessoas com doença mental.					
21. Depois da pessoa ter sido tratada da sua doença mental, poderá regressar ao seu local de trabalho e desempenhar a sua função.					
22. A melhor forma de ajudar as pessoas com doença mental a recuperar é permitir-lhes permanecer na sua comunidade e levar uma vida normal.					
23. Mesmo depois de recuperadas e reabilitadas não deveremos criar amizade com as pessoas com doença mental.					
24. Mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental tendem a ser mais perigosas do que as outras.					
25. É possível que qualquer pessoa venha a ter doença mental.					
26. Não devemos rir das pessoas com doença mental, mesmo quando têm comportamentos estranhos.					
27. É difícil para aqueles que têm uma doença mental receber o mesmo salário por trabalho igual.					
28. Depois do tratamento será difícil para a pessoa com doença mental voltar à sua comunidade.					
29. As pessoas são prejudicadas pelas pessoas com doença mental.					
30. Se tivermos uma doença mental é difícil termos bons amigos.					
31. É raro que as pessoas bem sucedidas profissionalmente tenham doença mental.					
32. É vergonhoso ter uma doença mental.					
33. A doença mental é um castigo por má conduta.					
34. As pessoas que têm doença mental não deverão falar da sua doença a ninguém.					