

Rosana Filipa Nunes Monteiro

**Bem-Estar no Trabalho e Percepção de Saúde:
Estudo Realizado com Auxiliares de Geriatria no Norte de
Portugal**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Rosana Filipa Nunes Monteiro

**Bem-Estar no Trabalho e Percepção de Saúde:
Estudo Realizado com Auxiliares de Geriatria no Norte de
Portugal**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Rosana Filipa Nunes Monteiro

**Bem-Estar no Trabalho e Percepção de Saúde:
Estudo Realizado com Auxiliares de Geriatria no Norte de
Portugal**

(Rosana Filipa Nunes Monteiro)

Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Universidade Fernando Pessoa pela Mestranda **Rosana Filipa Nunes Monteiro**, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação do Prof. Doutor Pedro Cunha.

Porto 2011

RESUMO: O presente estudo é de carácter exploratório correlacional e investiga o modo como os Auxiliares de Geriatria se sentem no trabalho e a influência deste na percepção que têm acerca da sua saúde. Os objectivos centrais desta investigação dizem respeito à caracterização da percepção de bem-estar no trabalho e da saúde na amostra seleccionada, procurando perceber se existe associação entre o modo como se sentem no trabalho e o modo como encaram a sua saúde, bem como a possível influência do bem-estar profissional no modo como se percebe a própria saúde.

Esta investigação contemplou dois momentos distintos, sendo que no Estudo Piloto participaram 25 elementos e 204 no Estudo Final, ambos provenientes das mesmas 6 instituições para idosos. Foram administrados aos Auxiliares de Geriatria o “Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET”, o “Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos” (ambos de elaboração própria para a investigação) e o “Questionário de Percepção de Saúde – MOS SF-36”, após autorização para o efeito.

Os resultados da investigação demonstram que os Auxiliares de Geriatria apresentam uma boa percepção de bem-estar no trabalho ($M=72.9$) e percebem positivamente a sua saúde, quer em termos físicos ($M=59.6$), quer em termos mentais ($M=55.0$), estando estes constructos claramente correlacionados.

Palavras – Chave: Bem-estar, Trabalho, Saúde, Auxiliares de Geriatria.

ABSTRACT: This correlational and exploratory study investigates how Geriatric Assistants experience their work and its influence on their perception about their own health. We aim to make the characterization of the perception of well-being at work and health in a sample of Geriatric Assistants and investigate any relationship that could exist between how these Assistants feel in their work and how they perceive their health. It is part of our interest understand the possible influence of welfare at work in how they perceive their health.

This investigation had two different moments, a Pilot Study in which participated 25 subjects and a Final Study which included the participation of 204 subjects, both samples from the same 6 Elderly Institutions. Were administrated to Geriatric Assistants 3 instruments, the “Questionnaire of the Perception of Well-being at Work - QPBET”, “Questionnaire of Socio-demographic and Clinical Data” (both elaborated to this study) and the “Short Form Health Survey – MOS SF-36”, after proper authorization.

Results from investigation show that Geriatric Assistants have a good sense of well-being at work (M=72.9) and perceive their health positively, in physical (M=59.6) and mental terms (M=55.0), and that this concepts are positively correlated.

Key-words: Well being, Work, Health, Geriatric Assistants.

Aos meus Pais e à minha Avó Lucinda (*in memoriam*)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que, ao longo deste período decisivo, me auxiliaram e estimularam a desenvolver com obstinação a presente Dissertação de Mestrado.

Sendo assim, agradeço ao Professor Doutor Pedro Cunha que aceitou orientar-me e fê-lo com a maior dedicação e rigor, demonstrando constante disponibilidade e compreensão.

Agradeço também à Professora Doutora Isabel Silva e à Professora Doutora Carla Barros pela colaboração e atenção proporcionadas numa fase inicial deste estudo.

Agradeço às Instituições e aos Responsáveis pelas mesmas (Directores, Provedores, Psicólogas e Assistentes Sociais), que prontamente se disponibilizaram a auxiliar-me no que fosse necessário.

A todos os Auxiliares de Geriatria que simpaticamente aceitaram colaborar comigo e se mostraram interessados neste estudo, o meu muito obrigada.

Agradeço, de forma muito especial, aos meus Pais por todos os sacrifícios e apoio incondicional, por realmente acreditarem em mim e nas minhas capacidades, por me ensinarem a nunca recuar.

Agradeço, por fim, a todas as pessoas que, directa ou indirectamente, estiveram envolvidas, não só no desenvolvimento deste estudo, mas também no decorrer do meu curso.

A todos, o meu profundo agradecimento.

Índice

Introdução	Pág.12
Parte I - Enquadramento Teórico	
Capítulo I – Bem-Estar no Trabalho	15
1.1. O Conceito de Bem-Estar Geral.....	15
1.1.1. O Bem-Estar Subjectivo	16
1.1.2. O Bem-Estar Psicológico	17
1.1.3. A Complementaridade das Principais Correntes do Bem-Estar	17
1.2. Bem-Estar no Trabalho	18
1.2.1. Componentes do Bem-estar no Trabalho	22
Capítulo II – A Percepção do Estado de Saúde	28
2.1. A Saúde	28
2.1.1. O Conceito Contemporâneo de Saúde	28
2.1.2. A Percepção do Estado de Saúde	30
2.1.3. Factores Condicionantes da Percepção de Saúde	32
Capítulo III – O Trabalho e a Saúde	35
3.1. Relação entre Bem-Estar no Trabalho e Percepção de Saúde	35
3.1.1. O Auxiliar de Geriatria na sua Profissão	39
3.1.2. O Bem-Estar no Trabalho e a Percepção de Saúde no Auxiliar de Geriatria.....	40
Parte II - Parte Prática	
Capítulo IV – Investigação Empírica	48
4.1. Objectivos do estudo	48

4.1.1. Objectivo Geral	48
4.1.2. Objectivos Específicos	48
4.2. Elaboração de Hipóteses	49
4.3. Metodologia	50
4.3.1. Participantes	50
4.3.2. Instrumentos	53
4.3.3. Construção do Instrumento “Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET”	54
4.3.4. Procedimento de Recolha e Tratamento de dados	60
Capítulo V - Apresentação e Discussão dos Resultados	62
5.1. Análise e Discussão de Resultados	62
5.1.1. Estudo Piloto	62
5.1.2. Estudo Final	62
5.1.2.1. Análise das Qualidades Psicométricas do QPBET	62
5.1.2.2. Caracterização do Bem-Estar no Trabalho nos Auxiliares de Geriatria...	67
5.1.2.3. Caracterização da Percepção da Saúde nos Auxiliares de Geriatria	71
5.1.2.4. Correlação entre os Dados Sócio-Demográficos e Clínicos e o QPBET.	72
5.1.2.5. Correlação entre os Dados Sócio-Demográficos e Clínicos e o MOS SF-36	74
5.1.2.6. Estatísticas Diferenciais ao Nível dos Dados Sócio-Demográficos e Clínicos	76
5.1.2.7. Correlação entre o Bem-estar no Trabalho e a Percepção de Saúde	80
5.1.2.8. Análise de Regressão Linear Múltipla entre o QPBET e o MOS SF-36.	82
Capítulo VI - Conclusão	85
Referências Bibliográficas	88
Anexos	

Índice de Anexos

Anexo A – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa	
Anexo B – Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET	
Anexo C – Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos	
Anexo D – Questionário de Percepção de Saúde - MOS SF-36	
Anexo E – Autorização para administração do MOS SF-36	
Anexo F – Autorizações das Instituições para idosos para o desenvolvimento do estudo	

Índice de Quadros

Quadro 1 - <i>Características Sócio-demográficas da Amostra de Auxiliares de Geriatria</i>	Pág. 51
Quadro 2 - <i>Procedência e Temática dos itens do QPBET</i>	57
Quadro 3 - <i>Análise de Componentes Principais</i>	64
Quadro 4 - <i>Correlações Inter-Item em termos de Dimensões do QPBET</i>	65
Quadro 5 - <i>Correlações Item-Total em termos de Dimensões do QPBET</i>	66
Quadro 6 - <i>Percepção de Bem-estar no Trabalho nos Auxiliares de Geriatria</i>	67
Quadro 7 - <i>Percepção do Estado de Saúde nos Auxiliares de Geriatria</i>	71
Quadro 8 - <i>Correlação entre as dimensões do QPBET e do MOS SF-36</i>	80

Índice de Gráficos

<i>Gráfico 1 – Scree Plot</i> Relativo ao Número de Dimensões do QPBET.....	Pág. 63
<i>Gráfico 2 - Histograma</i> Ilustrativo da Distribuição Amostral	66

Introdução

A presente investigação foi desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado e centra-se no bem-estar no trabalho e na percepção de saúde dos Auxiliares de Geriatria que trabalham em instituições para idosos.

Tendo em consideração o lugar central que o trabalho ocupa na vida do ser humano e a influência que pode ter na sua saúde, torna-se imprescindível que se efectuem estudos neste sentido (Rebouças, Legay & Abelha, 2007; Suehiro, Santos, Hatamoto & Cardoso, 2008).

Este estudo pretende contribuir para a identificação de indicadores causadores de bem-estar ou de transtorno no trabalho dos Auxiliares de Geriatria, percebendo como se sentem face à sua ocupação profissional e qual o impacto que esta tem no modo como encaram a saúde.

O estudo em causa torna-se pertinente, visto que cada vez mais se verifica o envelhecimento demográfico, decorrendo daqui a indispensabilidade de dar resposta às necessidades crescentes de cuidados de higiene e de saúde, fornecendo assistência e auxílio aos idosos, daí que exija que o profissional que lida com as pessoas idosas se encontre satisfeito com o seu trabalho e com a própria saúde (Barreto, 2005). É, portanto, um importante aspecto a explorar, visto que para que se forneça bem-estar ao idoso, o profissional deve ele próprio sentir-se bem, sendo que é ele que lida diária e directamente com o idoso.

Após revisão da literatura sobre o tema, verificou-se que não existem investigações neste âmbito, o que mais uma vez confere relevância ao presente estudo guiado na população em causa.

O interesse para elaborar este estudo advém do já mencionado e da importância de se perceber esta temática, transpondo-a para a realidade dos Auxiliares de Geriatria nacionais que, como indicado, não têm sido amplamente estudados. Além disso, há também a relevar a carência de escalas psicométricas validadas para a população portuguesa, que avaliem especificamente o bem-estar (e mesmo a saúde) no meio de trabalho (Borges & Argolo, 2002).

Logo, enveredar por este caminho é importante para que se gere informação actual, mas também para que no futuro se saiba por onde começar a intervir em situações de mal-

estar no trabalho nesta população particular, procurando contribuir assim para o avanço da investigação científica.

Tendo em consideração a justificação e pertinência do tema em causa, formulou-se uma questão de investigação, que constitui o guia do presente estudo: Como se sente no seu trabalho e como percebe a sua saúde o Auxiliar que lida com idosos e qual a relação entre ambas as componentes?

O estudo foi aceite pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (cf. Anexo A) e apresenta a seguinte estrutura: a Parte I diz respeito ao enquadramento teórico, enquanto que a Parte II é referente à componente empírica da investigação. Na Parte I, no Capítulo I abordar-se-á o Bem-Estar em geral, para melhor se compreender o conceito de Bem-Estar no trabalho posteriormente explorado. No Capítulo II, ainda num panorama de problematização teórica, efectuar-se-á uma revisão da literatura considerada pertinente quanto à Percepção de saúde, conceitos de saúde e de doença. No Capítulo III apresentar-se-á a complementaridade dos temas abordados nos capítulos anteriores.

A reflexão teórica não pretende ser exaustiva em termos de pesquisa dos estudos existentes sobre estas temáticas. Pretende-se antes incidir sobre aspectos que ressaltem a relação entre estas duas temáticas, bem como a relevância das mesmas e principais correntes existentes nestas áreas.

Na Parte II, no Capítulo IV é apresentada a componente empírica do estudo, os aspectos metodológicos, resultados e discussão dos mesmos, enfatizando-se uma análise reflexiva dos dados obtidos, confrontados com a literatura de base.

Efectuam-se ainda algumas sugestões para futuras investigações de modo a clarificar os resultados obtidos e inerentes implicações práticas.

Por fim, refira-se que neste estudo foi possível constatar uma forte relação entre os dois constructos em análise, associação que será interessante verificar em pormenor na componente empírica.

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo I – Bem-Estar no Trabalho

Antes de se abordar o bem-estar no trabalho propriamente dito, pretende-se reflectir um pouco acerca do bem-estar e das suas componentes, de modo a que se compreenda mais facilmente o que se entende por bem-estar no contexto de trabalho e pela relação do ser humano com o mesmo.

1.1. O Conceito de Bem-Estar Geral

O bem-estar é uma das maiores preocupações da sociedade (Oliveira et al., 2009). Foi inicialmente definido como a ausência de doença, sendo estudado no âmbito da Gerontologia e da Psiquiatria, mas só com a Psicologia Positiva é que este conceito passou a ser considerado como algo muito mais vasto (Hernandez, 2007; Siqueira & Padovam, 2008).

Note-se que o bem-estar é por vezes também denominado de qualidade de vida (Giacomoni, 2004). A qualidade de vida tem sido estudada mediante três tópicos: o primeiro é referente a condições ambientais e sociais, o segundo remete para questões da aptidão do sujeito para lidar com as dificuldades e o terceiro diz respeito a consequências positivas resultantes de uma vida satisfatória (Costa & Pereira, 2007; Schmidt & Dantas, 2006). O conceito de bem-estar estaria assim mais ligado ao terceiro tópico da qualidade de vida (Hernandez, 2007; Veenhoven, 2000).

Embora exista a anterior noção, o bem-estar e a qualidade de vida são por vezes cientificamente entendidos como sinónimos, porém geralmente são percebidos como componentes distintas, embora integradas, sendo que a qualidade de vida pode constituir-se como um elemento que promove bem-estar (Galinha & Ribeiro, 2005). A qualidade de vida é um conceito que surge associado à saúde e à doença, ao passo que o bem-estar geral diz respeito a um conceito mais abrangente (Hernandez, 2007).

O bem-estar é um conceito de grande complexidade, tendo sido fortemente investigado segundo duas grandes correntes (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002; Ryan & Deci, 2001). Por um lado, existe a corrente hedónica, focada na felicidade, que crê que o bem-estar é a procura de prazer e o evitamento da dor, constituindo o bem-estar subjectivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Siqueira & Padovam, 2008).

Por outro lado, existe a perspectiva eudamónica que se centra na auto-realização e entende o bem-estar como o nível no qual a pessoa se encontra em pleno funcionamento das suas capacidades, surgindo assim a noção de bem-estar psicológico (Keyes et al.,

2002; Ryan & Deci, 2001). O bem-estar é assim mencionado na literatura como estando essencialmente subdividido em bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico (Gouveia, Lins, Lima, Freires & Gomes, 2009).

Não existe consenso quanto ao conceito de bem-estar e das suas dimensões, o que leva a que os autores que se dedicam ao seu estudo apresentem diversas opiniões quanto à sua definição e posterior mensuração (Silva, 2006). Embora existam diferentes pontos de vista, de seguida serão abordados os tipos de bem-estar mencionados na literatura.

1.1.1. O Bem-Estar Subjectivo

O bem-estar subjectivo refere-se ao modo como os indivíduos avaliam as suas vidas (Paschoal, 2008; Sheldon & Bettencourt, 2002). Esta apreciação é realizada com base nas expectativas de cada um, tendo ainda em consideração experiências anteriores (Gouveia et al., 2009; Sheldon & Bettencourt, 2002). O bem-estar subjectivo envolve duas dimensões, a cognição e o afecto (Fernandes, 2007). Enquanto no bem-estar subjectivo a cognição engloba uma visão racional, o afecto está ligado às emoções, a aspectos relacionais, já que o indivíduo também experimenta emoções relativamente a outras pessoas ou contextos, como é o caso do contexto de trabalho (Costa & Pereira, 2007).

Sirgy (2002) entende que o bem-estar subjectivo é um estado afectivo durável e constituído por três partes: pela experiência de afecto positivo em domínios da vida importantes, pela experiência acumulada de afecto negativo em áreas relevantes da vida e pela avaliação da satisfação com a vida global ou em domínios importantes da mesma. Quando um indivíduo apresenta um bem-estar subjectivo elevado, este indicador refere-se à satisfação que tem quanto à sua vida (Gouveia et al., 2009).

Há associação entre o estado de saúde e o bem-estar, já que quando o indivíduo se encontra doente geralmente não sente bem-estar, pois a doença gera limitações funcionais e a satisfação com a vida reduz-se (Ryan & Deci, 2001). Contudo, esta ligação não é assim tão restrita, pode acontecer que pessoas com doenças sintam um bem-estar elevado e, por outro lado, pessoas com um reduzido bem-estar não tenham sinais de doença (Costa & Pereira, 2007). Além disso, o que poderá proporcionar satisfação num determinado momento da vida, poderá não fazê-lo noutra altura ou não ser suficiente para gerar satisfação a longo termo, pelo que se conclui que, de facto, a noção de bem-estar é subjectiva (Galinha & Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004).

É este componente do bem-estar que é assumido na literatura como sendo o sinónimo da qualidade de vida (Gonçalves, 2008).

1.1.2. O Bem-Estar Psicológico

O conceito de bem-estar psicológico surge como modo de colmatar as limitações do conceito de bem-estar subjectivo (Siqueira & Padovam, 2008). O bem-estar psicológico é formulado com base no desenvolvimento humano e nas aptidões para lidar com os desafios (Paschoal, 2008). Ao contrário do bem-estar subjectivo, a ênfase é colocada nos sentimentos de competência pessoal e de auto-realização (Medeiros, 2001; Oliveira et al., 2009).

Segundo Ryff (1995), o bem-estar psicológico é constituído por seis componentes distintas, nomeadamente: a auto-aceitação (isto é, apresentar uma atitude positiva acerca de si mesmo e das suas experiências de vida); possuir metas que dêem significado à sua vida (objectivos de vida); sentido de crescimento permanente e de auto-realização (desenvolvimento pessoal); capacidade para lidar com as exigências da vida quotidiana e capacidade para seleccionar ambientes congruentes com as suas características psicológicas (domínio ambiental); ter vínculos de afecto com as outras pessoas (relações positivas com os outros); e aptidão para seguir as próprias convicções (autonomia) (Leite, Paúl & Sequeiros, 2002; Siqueira & Padovam, 2008).

1.1.3. A Complementaridade das Principais Correntes do Bem-Estar

Para além das divergências apontadas, existem investigações que referem que os dois pontos de vista anteriormente referidos estão correlacionados e que podem ser complementados para melhor se compreender o constructo em causa (Ryan & Deci, 2001).

Segundo Siqueira e Padovam (2008), o bem-estar encontra-se subdividido em elementos subjectivos e objectivos. Enquanto os elementos objectivos dizem respeito ao nível de vida, como recursos monetários, emprego (aproximam-se do que comumente se denomina de indicadores de qualidade de vida, podendo ajudar a gerar bem-estar subjectivo), os elementos subjectivos remetem para os estados psicológicos dos indivíduos face a cada um desses indicadores (Hernandez, 2007; Siqueira & Padovam, 2008).

As características da personalidade da pessoa, os acontecimentos de vida e as variáveis culturais influenciam o bem-estar subjectivo e até o modo como se definem os termos de felicidade e de realização (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Diener, Scollon & Lucas, 2003).

Ryan e Deci (2001) crêem que o bem-estar deve ser considerado como a junção do afecto positivo, da satisfação global para com a vida e da vitalidade, o que alia a perspectiva hedónica à eudamónica, portanto, o bem-estar subjectivo e o psicológico, colaborando ambas para a noção multidimensional do bem-estar.

1.2. Bem-Estar no Trabalho

O ser humano é um ser constituído por múltiplas dimensões, apresentando cada uma delas grande importância na sua estruturação enquanto pessoa (Alvim, 2006; Borges & Argolo, 2002; Gouveia et al., 2009). O Homem na vida adulta tem uma dimensão de grande peso na sua vida: a ocupação profissional (Dessen & Paz, 2010; Gouveia, Fonsêca, Lins, Lima & Gouveia, 2008). O trabalho é entendido como uma actividade socialmente instituída e organizada, na qual o indivíduo obedece a normas, mas também coloca muito de si no que faz, produzindo, criando e tornando possível o desenvolvimento da instituição e dos objectivos a ela inerentes (Moretti, 2009).

A ocupação profissional tem impacto a diversos níveis do ser humano, pois não só participa na organização dos traços da personalidade e da identidade, como também constitui uma ponte para a consolidação das outras componentes da vida do indivíduo, tanto mediante aspectos positivos como negativos (*e.g.* a perda de emprego ou disfunções associadas à organização do trabalho e relações daí decorrentes) (Borges & Argolo, 2002; Gouveia et al., 2009; Martinez, 2002). Assente nesta ideia da centralidade do trabalho para o ser humano, foi surgindo o interesse em definir e estudar o bem-estar no trabalho, isto é, o que fazia o Homem sentir-se bem em tal contexto (Gouveia et al., 2009; Martins & Santos, 2006).

Quando um indivíduo faz uma avaliação positiva do seu trabalho, geralmente há uma repercussão no seu estado emocional, gerando um estado de satisfação (Covacs, 2006). Quando se fala de bem-estar no trabalho fala-se num estado emocional positivo que surge sempre que o sujeito faz uma apreciação do seu trabalho ou das vivências ou resultados deste (Gouveia et al., 2009).

É no trabalho que os indivíduos passam a maior parte do seu tempo, daí que este tenha tanto impacto na vida de cada um (Ferreira, 2008). No local de trabalho também se estabelecem vínculos com as pessoas com as quais diariamente se lida, como colegas, chefias ou o público utilizador dos serviços dessa instituição (Brough & Pears, 2004; Fonseca & Moura, 2008). Como se despende tanto tempo no trabalho, o facto de se ter boa qualidade nos relacionamentos que aí surgem é um factor que determina o bem-estar nesse mesmo contexto (Gomes, 2008).

A qualidade dos relacionamentos é importante, pois o indivíduo pode contar com uma fonte de apoio nessas relações, quer a situação seja favorável quer se constitua como adversa (Brough & Pears, 2004; Cohen, 2004; Fonseca & Moura, 2008; Ribeiro & Siqueira, 2008). Por estes aspectos, a componente relacional no trabalho é determinante no modo como o indivíduo avalia o seu trabalho (Covacs, 2006; Fonseca & Moura, 2008; Guerreiro & Rodrigues, 2008; Melo, 2007). As boas relações interpessoais no trabalho (quer com superiores hierárquicos, quer com os colegas de trabalho) podem influenciar a saúde e a motivação para realizar a sua função no trabalho (Fonseca & Moura, 2008; Ribeiro & Siqueira, 2008). Uma boa relação de trabalho é caracterizada pelo fornecimento de assistência prática, pelo suporte e partilhar de informações e pela resolução conjunta de problemas (Brough & Pears, 2004).

O bem-estar no trabalho é também influenciado pela percepção que o profissional tem acerca da relação da instituição empregadora com o colaborador (Pérez, 2010; Ribeiro & Siqueira, 2008). O suporte fornecido pela instituição no geral ou pela própria chefia é também condicionador de bem-estar no trabalho (Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski & Rhoades, 2002; McCann, 2004; Ribeiro & Siqueira, 2008; Sparks, Faragner & Cooper, 2001).

Um aspecto muito relevante prende-se com o facto de a instituição se preocupar e oferecer a formação e a possibilidade de desenvolvimento/aperfeiçoamento das capacidades dos colaboradores, o que mais uma vez irá reforçar o sentimento de pertença à instituição (Kramer & Faria, 2007). Quando o local de trabalho proporciona as condições de segurança adequadas a cada serviço, o colaborador não só se sente melhor, como também desempenha mais correctamente a sua função, já que tem acesso a instrumentos ou situações mais favoráveis e apropriadas (Warr, 2007).

A comunicação, a partilha de informação e a confiança que a instituição deposita no colaborador promovem neste a satisfação, pois o indivíduo vê nesse gesto o

reconhecimento e respeito pelas suas capacidades, o que gera bem-estar e maior empenho em corresponder às expectativas do empregador (Campos, 2010; Chiuzi, 2006; Almeida & Ferreira, 2010).

Quando o profissional sente que não tem controlo sobre o seu trabalho ou sobre situações adversas que ocorrem no seu contexto laboral, gera-se um estado emocional negativo (Paschoal, 2008). Colaboradores que sentem autonomia tendem a desenvolver maior bem-estar do que aqueles que não a sentem (Patterson, Warr & West, 2004). A autonomia aumenta à medida que aumenta a idade, visto que é com a idade que geralmente o indivíduo se torna mais qualificado e com maior oportunidade de controlo sobre o seu trabalho (Guerreiro & Rodrigues, 2008). É com o aumento da idade e com os anos de exercício da profissão que é também relatado maior bem-estar no trabalho (Pérez, 2010).

O facto do profissional puder desenvolver e colocar em prática as suas competências é uma condição geradora de bem-estar (Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson & McGrath, 2004). Uma situação causadora de mal-estar no trabalho é quando as exigências da função que o colaborador desempenha não se adequam nem às suas aptidões, nem aos recursos que tem disponíveis para levar a cabo essa tarefa (Suehiro et al., 2008). Quando no ambiente de trabalho existem níveis demasiado elevados de exigências o colaborador sente excesso de pressão e sobrecarga, ao passo que níveis reduzidos de exigências conduzem à inacção, logo, ambas as variantes podem gerar mal-estar no trabalho (Warr, 2007).

Em termos de variedade de tarefas no trabalho, sabe-se que a escassez de variedade influi negativamente no bem-estar do colaborador, pois cria monotonia e impossibilita o desenvolver de capacidades, porém o excesso de variedade também não é totalmente positivo, já que de certo modo impede a especialização e melhoramento da tarefa, extenuando o colaborador (Paschoal, 2008).

O colaborador que percebe no trabalho um entrave ao bom funcionamento das outras áreas da sua vida, como é o caso da família, encontra-se numa situação de incompatibilidade de papéis e como tal, desconfortável (Carlson, Kacmar, Wayne & Grzywacz, 2006; Edwards & Rothbard, 2000). Este desconforto faz-se notar mais quando o indivíduo tem ainda a cargo o cuidado dos filhos e das tarefas domésticas, que exigem mais tempo e energia extra (Cappelin, 2005). Porém, a família pode constituir-se como uma fonte de suporte importante ao indivíduo que está sob stress profissional

(Pérez, 2010). É, assim, de extrema importância para o colaborador poder conciliar o trabalho com a área familiar (Guerreiro & Rodrigues, 2008).

Os turnos rotativos e nocturnos podem gerar mal-estar no indivíduo, já que o obrigam a trabalhar em horários que desregulam o equilíbrio do organismo, mas que também podem comprometer a componente familiar e social (Jiménez & Hernández, 2001).

O colaborador que desempenha uma função tida pela sociedade como fundamental e importante pode desenvolver maior bem-estar no trabalho, do que aquele que tem uma função desprestigiada (Paschoal, 2008).

Os recursos financeiros provenientes do trabalho são para o colaborador uma fonte de bem-estar, pois este sente-se recompensado pelo seu esforço (Chakon, 2006; Warr, 2007). Além disso, o colaborador compara-se com os outros quanto ao salário obtido e às capacidades e esforço despendido, daí que quando se apercebe de que o outro que não tem tantas capacidades, nem se esforça tanto quanto ele, ganha mais em termos monetários sente mal-estar no trabalho (Paschoal, 2008). Portanto, a justiça distributiva em termos de recursos financeiros e a justiça de procedimentos (a organização é justa quando recompensa o colaborador de acordo com o trabalho prestado) são aspectos tidos em consideração pelos colaboradores (Chiuzi, 2006).

O salário, as expectativas positivas, as condições de trabalho adequadas e a possibilidade de ser promovido no trabalho constituem-se como factores que geram bem-estar no trabalho (Rebouças et al., 2007; Suehiro et al., 2008).

Quando existe por parte do profissional uma identificação com a instituição na qual trabalha, é criado um sentimento de pertença, há uma maior motivação para o trabalho e consequentemente uma maior satisfação com o mesmo (Ferreira, Diogo, Ferreira & Valente, 2006). O profissional sente-se tão mais ligado à instituição, quanto mais sentir que é reconhecido, respeitado e tido em conta nas suas opiniões (Guerreiro & Rodrigues, 2008). Além disso, o próprio relacionamento com colegas e chefias facilita a criação de um vínculo com a instituição (Covacs, 2006). Ou seja, todos estes aspectos não são isolados, mas sim profundamente interligados (Kramer & Faria, 2007). Um profissional satisfeito no seu local de trabalho é alguém comprometido com a instituição e que se sente parte integrante da mesma (Bianchi, Scalabrin & Penterick, 2006).

Harter, Schmidt & Keyes (2002) referem que quando o colaborador faz uma avaliação positiva da sua relação com o meio de trabalho, o seu bem-estar e o próprio desempenho das funções aumentam. Um colaborador que se sinta bem no seu trabalho tem melhor

desempenho, por conseguinte a instituição tem melhores resultados, e estes podem vir a gerar bem-estar no colaborador (Rego, 2009). Este processo não é linear, mas sim circular (Hernandez, 2007).

Ocorre mal-estar sempre que as condições de trabalho são incompatíveis com os factores humanos, quando o trabalho não satisfaz as necessidades do colaborador ou subvaloriza as capacidades do mesmo (Jiménez & Hernández, 2001). Quanto mais frequentes forem as emoções positivas e superiores às negativas vivenciadas pelo colaborador, maior será o bem-estar no trabalho (Paschoal, Torres & Porto, 2010).

O bem-estar no trabalho é um factor de extrema relevância, pois permite que o indivíduo desempenhe de modo mais adequado a sua função profissional (Borges & Argolo, 2002). Quando existe prazer no que se faz, não só todo o processo de realização é muito mais bem conseguido, como os próprios resultados são mais satisfatórios (Kramer & Faria, 2007; Ryan & Deci, 2001).

O bem-estar no trabalho tem sido definido por diversos autores que se basearam nos conceitos de bem-estar geral e nas correntes eudamónicas e hedónicas para fazê-lo, dando lugar a diferentes perspectivas que serão abordadas de seguida (Paschoal et al., 2010).

1.2.1. Componentes do Bem-Estar no Trabalho

Van Horn, Taris, Schaufeli e Scheurs (2008) tendo por base os estudos de Warr acerca da saúde mental (que subdividia em 5 dimensões, nomeadamente: o bem-estar, a competência, autonomia, aspiração e funcionamento geral) e de Ryff sobre o conceito de bem-estar, estudaram o bem-estar em contexto de trabalho. Para estes autores, o bem-estar no trabalho é a apreciação positiva do trabalho em todas as suas componentes e encontra-se subdividido em 5 elementos, nomeadamente a componente afectiva, o bem-estar profissional, o bem-estar social, o cansaço cognitivo e a componente psicossomática (Paschoal, 2008; Van Horn et al., 2008; Vieira, 2010).

A componente afectiva, por sua vez, engloba o afecto (frequência de emoções), a exaustão emocional (esgotamento), a satisfação no trabalho (satisfação com as relações interpessoais no trabalho e com o mesmo) e o comprometimento organizacional (identificação e envolvimento com a organização) (Van Horn et al., 2008). O bem-estar profissional engloba a aspiração (procura de metas e de formas para aceder às mesmas), a autonomia (possibilidade de intervir nas decisões do trabalho) e a competência (noção

das suas competências para lidar com a situação) (Paschoal, 2008). O bem-estar social corresponde à qualidade de relacionamentos interpessoais no local de trabalho (Van Horn et al., 2008). O cansaço cognitivo é relativo à atenção, ao processamento de informação (Paschoal, 2008). A componente psicossomática refere-se à presença ou não de queixas físicas (Van Horn et al., 2008). Estes autores avaliaram o bem-estar no trabalho mediante um instrumento com 105 questões, com 11 escalas baseadas em instrumentos já existentes (Paschoal, 2008).

Daniels (2000), tendo por base a corrente hedónica, avalia este constructo segundo um instrumento com 31 itens, numa escala de frequência de 6 pontos, pedindo ao indivíduo que reflecta como se sentiu no seu trabalho na última semana (*e.g.* ansiedade *vs.* conforto; cansaço *vs.* vigor).

Paz (2004, citado por Paschoal, 2008) encara o bem-estar no trabalho segundo outro prisma, pois tendo em conta o cariz situacional, subdivide este conceito em gratificação e em desgosto. A gratificação refere-se à valorização do trabalho, ao reconhecimento pessoal por parte da organização, à autonomia, à expectativa de se desenvolver e crescer na organização, à percepção de suporte ambiental, aos recursos financeiros provenientes do seu trabalho e ao orgulho resultante da pertença à organização (Júnior & Hernandez, 2005). O desgosto prende-se com o sentimento de mal-estar do profissional (Paschoal, 2008).

Esta perspectiva da autora é altamente subjectiva, visto que numa organização o profissional pode sentir gratificação face a determinado objecto e desgosto face a outro, bem como um profissional pode sentir gratificação numa determinada situação e outro profissional sentir desgosto (Júnior & Hernandez, 2005). Esta autora elaborou uma escala, denominada Escala de Bem-estar Pessoal nas Organizações, focada no trabalho que é desenvolvido em organizações e composta por 15 itens (Paschoal et al., 2010).

Paschoal (2008), ao seguir a proposta de Waterman (1993, citado por Paschoal, 2008) para o bem-estar geral, considera o bem-estar no trabalho em termos eudamónicos e hedónicos, elaborando-o segundo 3 factores: afecto positivo, afecto negativo (factores afectivos) e realização pessoal (factor cognitivo).

Paschoal e Tamayo (2008), ao considerarem o trabalho como sendo constituído por uma dimensão afectiva e uma cognitiva, validaram um instrumento denominado Escala de Bem-estar no Trabalho (*EBET*) que contempla as perspectivas eudamónica e hedónica segundo 38 itens.

Warr (2007) crê que as principais componentes do bem-estar no trabalho são as seguintes: a oportunidade de controlo pessoal (autonomia e tomada de decisão), a oportunidade para o uso de habilidades (possibilidade de no trabalho que exerce fazer uso das suas competências), metas proporcionadas pelo contexto (exigências do trabalho e responsabilidades, conflitos de papéis), variedade no trabalho (diversidade de tarefas), clareza do ambiente (possibilidade de antecipação de ocorrências no contexto de trabalho, reconhecimento do seu trabalho), contacto social (relacionamento interpessoal), disponibilidade de dinheiro (recursos financeiros resultantes do trabalho), segurança física (condições proporcionadas pelo ambiente de trabalho), posição social (a importância da função desempenhada), suporte do supervisor (apoio da chefia), oportunidades de carreira (possibilidade de ascender no contexto de trabalho) e a igualdade (justiça organizacional).

Este autor mencionava ainda que estas características não implicavam que ao se elevarem elevassem também o nível de bem-estar, visto que até um determinado nível podem promover bem-estar, mas em doses exageradas podem ter o efeito contrário (Pinto, 2009; Warr, 2007).

Já segundo Siqueira e Padovam (2008), o bem-estar no trabalho é um constructo constituído por três componentes: a satisfação com o trabalho, o envolvimento com este (ligações afectivas positivas que o sujeito tem face ao seu trabalho) e o comprometimento organizacional afectivo (ligação afectiva positiva com a organização).

A satisfação com o trabalho refere-se ao quanto o colaborador se sente bem e gosta do seu trabalho (Hernandez, 2007; Hoch, 2010). Quanto maior a satisfação com o trabalho, melhor o desempenho, melhor colaboração com os colegas e com a organização (Chiuzi, 2006). Este componente não apenas influi no trabalho, como também noutras dimensões da vida do indivíduo, como no espaço familiar (Hernandez, 2007). A satisfação com o trabalho está fortemente relacionada com a possibilidade de vir a ser promovido no trabalho, com o salário recebido e a qualidade do relacionamento com os colegas e chefias (componente social) (Hoch, 2010; Siqueira & Padovam, 2008). O facto das promoções e do salário constituírem indicadores de satisfação no trabalho está relacionado com a noção de que se estas condições forem adequadas é porque a empresa reconhece o esforço do colaborador (Chiuzi, 2006).

Já a componente envolvimento com o trabalho, refere-se ao nível em que a pessoa se identifica com o trabalho que desempenha (Hernandez, 2007; Hoch, 2010). O envolvimento afectivo com o trabalho implica que o sujeito se envolva tanto com o seu trabalho até ao ponto do tempo deixar de ter tanto valor (por exemplo, as horas de trabalho parecem minutos, passam de modo rápido) (Siqueira & Padovam, 2008). Implica concentração e objectivos definidos (Hernandez, 2007). O colaborador com um nível elevado de envolvimento com o seu trabalho encontra-se mais motivado e competente (Nascimento, 2006). Engloba os valores e normas do trabalho com os quais o colaborador se identifica, a formação actualizada e adequada ao desempenho do seu serviço e a possibilidade de dar opinião e ser ouvido (Hernandez, 2007).

O comprometimento organizacional afectivo refere-se à ligação que o indivíduo sente relativamente à organização na qual trabalha (Hoch, 2010). Quanto maior for esta ligação, maior será a interiorização das perspectivas e normas da organização por parte do colaborador (Nascimento, 2006). Quando o colaborador verifica que a organização se preocupa com ele, acaba também por se comprometer com a organização (Hernandez, 2007; Hoch, 2010). Podem advir daqui sentimentos positivos como orgulho, confiança, dedicação e vontade de permanecer na organização (Siqueira & Padovam, 2008).

O comprometimento com a organização é um factor muito importante, visto que quando o profissional estabelece um vínculo com a organização empenha-se para que os objectivos organizacionais sejam atingidos (Kramer & Faria, 2007). Quanto maior o comprometimento com a organização, mais o indivíduo se identifica e se considera parte da mesma (Serecikas, 2007). Os objectivos que no início são somente da organização passam a ser objectivo comum de todos os profissionais que lá trabalham em equipa (Kramer & Faria, 2007). Assim, o comprometimento organizacional não só permite que o profissional se conecte à instituição, como que se ligue também aos seus colegas e chefias, criando vínculos com estes em nome de um projecto em comum (Nascimento, 2006).

Tendo por base estes três componentes que estão interligados entre si, existem três escalas construídas e validadas por Siqueira (1995, citado por Hoch, 2010) que se propõem avaliar estas dimensões e que são a Escala de Satisfação no Trabalho (EST), a Escala de Envolvimento com o Trabalho (EET) e a Escala de Comprometimento Organizacional Afectivo (ECO) (Hoch, 2010; Suehiro et al., 2008). Segundo estes

autores, para que seja possível avaliar o bem-estar no trabalho, é necessário que se tenham em consideração estas três dimensões, ou seja, um indivíduo que apresenta um bem-estar no trabalho encontra-se satisfeito com este, está envolvido na função que desempenha e sente-se comprometido afectivamente com a entidade empregadora (Siqueira & Padovam, 2008).

Ramirez, Graham, Richards, Cull e Gregory (1996, citado por Suehiro et al., 2008) verificaram que os critérios para que exista bem-estar no trabalho são o relacionamento interpessoal, o reconhecimento, o estímulo intelectual e as condições de trabalho adequadas, um pouco à semelhança do que referem Siqueira e Padovam (2008).

Assim, o bem-estar no trabalho é considerado um constructo multidimensional, constituído por vínculos afectivos positivos para com o trabalho em si e a organização (Souza, 2010).

Existe ainda um instrumento português desenvolvido por Barros-Duarte, Cunha e Lacomblez (2007) denominado Inquérito Saúde e Trabalho – INSAT com o principal objectivo de analisar as consequências do trabalho na saúde e no bem-estar do colaborador, que foi construído tendo por base três outros inquéritos. Para elaborar o INSAT, os autores basearam-se no inquérito SUMER (*Surveillance Médicale des Risques Professionnels*) que analisa as dificuldades no trabalho (aborda o trabalho e a saúde sob o ponto de vista do colaborador e do médico do trabalho através de mais de 200 situações de trabalho), no inquérito EVREST (*Évolutions et Relations en Santé au Travail*) que avalia os riscos do trabalho e da organização deste, da saúde dos colaboradores e das interacções entre eles (sob o ponto de vista do colaborador, do médico de trabalho e dos serviços médicos aquando da consulta de Medicina do Trabalho) e o SIT – Saúde, Idade e Trabalho (instrumento português) que procura compreender a influência das condições de trabalho (no momento e não só) na saúde e no processo de envelhecimento (Barros-Duarte et al., 2007).

O INSAT está construído segundo 7 tópicos, designadamente o “meu trabalho” (relativo à situação de trabalho), “condições e características de trabalho” (engloba o ambiente e constrangimentos físicos, os constrangimentos organizacionais /relacionais e as características do trabalho), “condições de vida fora do trabalho” (situação marital, filhos, conciliação trabalho/família), “o que me custa mais no meu trabalho” (o desconforto que situações do trabalho causam), “formação no meu trabalho”, “o meu estado de saúde” e “a minha saúde no meu trabalho” (de teor mais específico que no

tópico anterior, pois direcciona-se para os problemas de saúde relacionados com o trabalho) (Barros-Duarte et al., 2007).

Como verificado, o bem-estar no trabalho é um conceito amplo e complexo definido segundo diversas perspectivas, sem um profundo consenso acerca dos seus principais constituintes, embora existam muitos pontos em comum que se tocam e complementam (Martinez, Paraguay & Latorre, 2004).

Capítulo II – Percepção de Saúde

2.1 . A Saúde

O ser humano aprende desde cedo a perceber o seu corpo e as alterações deste, o que lhe permite fazer deduções quanto ao estado da sua saúde (Araújo & Araújo, 2000). O Homem ao longo dos tempos sempre pretendeu uma vida longa e saudável, porém pode-se questionar o que é realmente a saúde (Pais-Ribeiro, 2005). A saúde é um conceito complexo e estudado por diversos autores, e por isso nem sempre considerada do mesmo modo, nem avaliada da mesma forma por todos e são estes aspectos que se irão abordar nas alíneas seguintes.

2.1.1. O Conceito Contemporâneo de Saúde

A saúde está indissociavelmente ligada a aspectos culturais, temporais, sociais e económicos (Scliar, 2007). Devido a estes componentes, a saúde (e o mesmo se passa com a doença) não significa o mesmo para todos os indivíduos, pois este conceito sofre a influência desses mesmos aspectos (Franco, 2002).

Na Antiguidade, a doença chegou a ser considerada como consequência de forças externas ao organismo, que entravam nele como modo de o castigar devido ao pecado cometido (Scliar, 2007). Do mesmo modo, na Idade Média o conceito de saúde era fortemente influenciado pela religião, sendo que quem tratava maioritariamente a doença era a ordem religiosa (Franco, 2002). No final do século XIX, Louis Pasteur mostrou ao mundo o que causava, de facto, a doença e como se poderia tratá-la (Scliar, 2007). Após a Primeira Guerra Mundial, na Alemanha e em França começaram a surgir preocupações acerca das condições em que vivia o povo, mas foi após a Segunda Guerra que através da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) se formulou o conceito de saúde que passou a ser do conhecimento mundial (Scliar, 2007).

O conceito de saúde tornou-se um objecto de estudo específico desde o século XX, aparte do conceito geral de doença, e tal fica a dever-se às inúmeras transformações decorrentes da Segunda Guerra Mundial, nomeadamente ao nível dos direitos humanos, que exigiam igualdade social (Pais-Ribeiro, 2005). Estas mudanças foram o primeiro

passo para que o modo como se concebiam as doenças e a saúde se alterasse também (Pais-Ribeiro, 2010).

Assim, segundo a OMS “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (1948, citado por Scliar, 2007).

No senso comum, define-se a saúde como ausência de doença, contudo a saúde é muito mais que isso (Franco, 2002). A saúde é compreendida como o estado pleno de bem-estar tanto a nível físico, como mental e social, ou seja, a noção de saúde vai muito para além da condição isenta de doença (Pais-Ribeiro, 2005). Segundo Pais-Ribeiro (2005), ter saúde implica que o indivíduo se encontra estável quer a nível físico, quer a nível mental, estando adaptado ao meio envolvente e às mudanças dele decorrentes, com pleno controlo dos seus recursos pessoais, contribuindo com eles para a sociedade.

Já muitos autores procuraram definir do modo mais preciso este conceito, contudo é de difícil explanação (Matos & Albuquerque, 2006; Pais-Ribeiro, 2005). Embora se investiguem e implementem projectos de promoção de saúde, os indivíduos têm dificuldade em gerar e manter comportamentos ditos saudáveis, apesar de sempre se procurar o estado pleno de saúde (Matos & Albuquerque, 2006).

Ainda que muitos autores tenham definido cientificamente este conceito, a verdade é que cada pessoa tem a sua própria concepção de saúde e de doença (Azêdo, 2010; Santos, Barbosa, Faro & Júnior, 2005). A pessoa comum entende a saúde como um modo para atingir o bem-estar (a saúde não é o objectivo, mas sim um meio para), já que ter saúde implica maior força e energia para as suas actividades diárias (Pais-Ribeiro, 2005).

A saúde e a doença constituem processos dinâmicos e multidimensionais entendidos como um contínuo, que sofrem diversas influências de carácter interno e externo (Lacruz & Lacruz, 2007; Seidl & Zannon, 2004). O processo saúde-doença é entendido como um processo social, expresso pelas ligações do ser humano com os outros e com o meio num determinado momento e espaço (Silva, 2006). Este processo não é simples, pois um indivíduo com uma base familiar forte pode ter uma doença crónica, e ainda assim considerar-se saudável, ao passo que um indivíduo sem doença aparente, mas com problemas pessoais pode entender-se como doente (Seidl & Zannon, 2004). Isto porque a doença significa que uma parte do corpo se encontra afectada por algo nocivo, mas o estado de enfermidade diz respeito ao indivíduo como um todo (Silva, 2006).

O indivíduo adoece quando um dos aspectos da sua vida, sejam eles biológicos, afectivos, sociais ou laborais, rompe o equilíbrio e gera enfermidade (Araújo & Araújo, 2000). Contudo, como a doença não tem a mesma representação para todos os indivíduos, para alguns estar doente pode ser uma oportunidade para repensar a sua vida e até obter ganhos com essa reflexão, outros entendem a doença como o declínio, o fim, o que acaba por comprometer o fluxo normal de vida (Seidl & Zannon, 2004). Assim, o modo de perceber a saúde e a doença variam de indivíduo para indivíduo e de contexto para contexto (Silva, 2006).

Por estes aspectos, a percepção que a pessoa tem acerca do seu estado de saúde pode constituir um indicador realista da mesma (Pais-Ribeiro, 2005).

2.1.2. A Percepção de Saúde

A percepção é um processo mediante o qual o indivíduo organiza os estímulos sensoriais em informações significativas (Ross, 2010). É um processo de “elaboração de sentido”. Assim, a percepção da saúde ou auto-avaliação da saúde refere-se à opinião subjectiva da mesma, ao modo como a percebe tendo em conta estímulos recebidos, o que o torna um importante indicador do estado de saúde, pois não se centra nas interpretações médicas objectivas, mas sim na avaliação que o próprio sujeito faz da sua saúde física e mental (Vintém, 2008).

A percepção do estado de saúde surge muitas das vezes na literatura como sinónimo de qualidade de vida, porém num estudo realizado por Smith et al (1994, citado por Seidl & Zannon, 2004) com diferentes amostras de indivíduos, ao procurar perceber qual era a influência das dimensões saúde mental, funcionamento físico e funcionamento social na qualidade de vida e na percepção do estado de saúde, verificou-se que na qualidade de vida a dimensão que tinha poder preditivo era a saúde mental (a dimensão funcionamento físico não tinha um valor significativo), ao passo que na percepção de saúde a dimensão que tinha poder preditivo era o funcionamento físico (que incluía a fadiga e a dor). Isto permite perceber que estes conceitos, qualidade de vida e percepção do estado de saúde, são distintos entre si (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

A qualidade de vida é subjectiva, tem que ser avaliada pelo próprio indivíduo, tendo em consideração a percepção da pessoa acerca do seu estado em termos da sua saúde e de outras áreas na sua vida (dimensões constituintes da qualidade de vida), o que denota a

multidimensionalidade deste conceito (Morais, 2010; Teixeira, Fonseca & Máximo, 2002).

Actualmente quando se fala de qualidade de vida e de saúde, fala-se destes não como sinónimos, mas como estando associados, sendo assim o mais adequado de referir é a qualidade de vida relacionada com a saúde, conceito de grande relevância, pois permite perceber a saúde, o impacto da doença e os resultados do tratamento médico efectuado segundo a óptica do paciente (Pagani & Junior, 2006).

Existe divergência quanto aos componentes que este conceito abrange, porém Jette (1993, citado por Dias, 2006) entende que a qualidade de vida relacionada com a saúde engloba sintomas de presença de doença, a capacidade funcional, o desempenho nas actividades diárias e nos relacionamentos interpessoais, o funcionamento intelectual e a satisfação geral.

Como a qualidade de vida é um constructo amplo, no qual a saúde é um dos elementos para a avaliar e é subjectiva, quando falamos de qualidade de vida relacionada à saúde falamos da percepção que a pessoa tem do seu estado de saúde (Morais, 2010).

A percepção de saúde tradicionalmente está na sua maioria relacionada com os problemas de saúde física, capacidades funcionais, comportamentos de saúde, embora alguns estudos tenham também considerado aspectos relacionais, sociais e psicológicos (Rohlfis et al, 2000). Um estudo levado a cabo por Simon, Boer, Joung, Bosma e Mackenbac (2005) comprovou que à semelhança do esperado, a saúde física foi encarada como o núcleo da percepção de saúde, embora os participantes tenham considerado também aspectos para além da saúde física, como a dimensão funcional, a dimensão de *coping* e a dimensão de bem-estar, demonstrando que a saúde é também um constructo multidimensional.

Actualmente, como modo de avaliar o estado de saúde dos indivíduos, utilizam-se instrumentos que se baseiam na auto-percepção da saúde (Pais-Ribeiro, 2005; Sobhonslidsuk et al., 2006). Os instrumentos são questionários multidimensionais, pois consideram a componente física, social e psicológica, o que os torna adequados a várias populações e situações de saúde e doença, sendo denominados de perfis de saúde, de entre os quais se salienta aqui o instrumento MOS SF-36 (Dias, 2006).

Estes instrumentos questionam a pessoa acerca de como percebe a sua saúde, não se centram em doenças específicas, mas sim permitem que avalie a sua saúde com base na

sua percepção integrada da mesma, ou seja, considerando aspectos biopsicossociais e outras informações às quais só ela tem acesso (Ross, 2010).

Estes instrumentos de base subjectiva, centrados na percepção do indivíduo, têm comprovado a sua eficácia embora muitas sejam as críticas devido a essa subjectividade (Azêdo, 2010). Aparte as críticas, sabe-se que a percepção do estado de saúde é o melhor preditor de morbilidade, de mortalidade e de incapacidade funcional, pois a percepção de um estado negativo de saúde pode reflectir estados biopsicossociais negativos que promovam *a priori* doenças e que poderiam passar despercebidos perante instrumentos objectivos (Abellán, 2003; Azêdo, 2010).

2.1.3. Factores Condicionantes da Percepção de Saúde

Como a saúde é um constructo multidimensional, existem diversos factores que podem influir na percepção do estado de saúde do indivíduo (Bailis, Segall & Chipperfield, 2003). A percepção do estado de saúde é afectada por factores biológicos, comportamentais, ambientais (condições do ambiente físico e de acesso aos serviços de saúde), sócio-económicos e factores psicológicos (Ross, 2010).

Os aspectos biológicos prendem-se com as características inatas do indivíduo, como é o caso do género (indivíduos do género feminino tendem a avaliar o seu estado de saúde de modo mais negativo) (Bailis et al., 2003).

Os aspectos comportamentais dizem respeito a comportamentos que visam a saúde, tais como a prática de exercício físico, a alimentação equilibrada ou comportamentos de risco como fumar e consumo de álcool em excesso, que são aspectos levados em consideração quando os sujeitos avaliam a sua saúde (Tolliver, 2007). Os indivíduos têm consciência de quão benéficos ou prejudiciais são os seus comportamentos e tomam-nos em consideração quando fazem essa avaliação (Ross, 2010).

Os factores ambientais dizem respeito às condições físicas que rodeiam o indivíduo e às características e acessibilidade de cuidados de saúde, sendo que indivíduos com difícil acesso a estes serviços tendem a avaliar de modo mais negativo a sua saúde (Tolliver, 2007).

Os factores sócio-económicos influenciam a percepção de saúde na medida em que baixo nível económico e baixa escolaridade estão associadas a uma percepção negativa do estado de saúde (Ross, 2010). Relativamente ao estado civil, os indivíduos casados

ou solteiros tendem a apresentar maior percepção do estado da sua saúde do que aqueles que são separados, divorciados ou viúvos (Tolliver, 2007).

Os factores psicológicos referem-se ao modo como o indivíduo lida com a saúde e com a doença e a aspectos como a ansiedade e o stress que influenciam negativamente a saúde e a percepção desta (Ross, 2010).

Quando o indivíduo está doente, a percepção do estado de saúde depende da morbilidade associada à doença, das limitações que ela acarreta, das interacções com os profissionais de saúde, bem como das expectativas pessoais de saúde que tem e que são fortemente influenciadas pelos aspectos socioculturais a ele inerentes (Ross, 2010).

A concepção social do homem enquanto ser forte e auto-controlado reflecte-se também na percepção da saúde (Mendonça, Menandro & Trindade, 2011).

Diversos estudos foram conduzidos tendo em consideração a percepção de saúde (Ferreira & Santana, 2003; Gomes & Tanaka, 2003; MacIntyre, Ford & Hund, 1999; McDonough & Walters 2001; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002; Read & Gorman, 2006). Nesses estudos acederam-se a algumas conclusões, tais como o facto de serem as mulheres com maior tendência para referir sintomas ou doenças, ainda que vivam maior número de anos relativamente aos homens (Ferreira & Santana, 2003; Gomes & Tanaka, 2003; MacIntyre et al., 1999; McDonough & Walters, 2001; Pinheiro et al., 2002; Read & Gorman, 2006). O facto é que realmente os homens sofrem mais de doenças crónicas e fatais, ao passo que as mulheres são mais frequentemente vítimas de doenças agudas ou crónicas não fatais, o que pode explicar a tendência acima referida (Pinheiro et al., 2002).

Num estudo realizado por Ferreira e Santana (2003) com a população portuguesa em geral utilizando o instrumento MOS SF-36, verificou-se o aspecto anteriormente referido, ou seja, de facto os homens tendem a avaliar mais positivamente a sua saúde que as mulheres.

Contudo, não é apenas o género o factor determinante neste assunto, a própria idade também influencia a percepção de saúde (Gomes & Tanaka, 2003; Ferreira & Santana, 2003; Viana, Andrade, Back & Vasconcellos, 2010). Os jovens avaliam mais positivamente a sua saúde em termos físicos que os mais velhos, contudo em termos emocionais não se notam diferenças entre as faixas etárias (Ferreira & Santana, 2003). Há a noção de que com a idade aumentam os relatos de doença, o que nem sempre é o que se verifica, embora seja o mais comum (Gomes & Tanaka, 2003; Ferreira &

Santana, 2003). Sabe-se ainda que os indivíduos solteiros percebem mais positivamente a sua saúde física que os casados (Ferreira & Santana, 2003).

Pessoas de baixa escolarização tendem a perceber a sua saúde como mais negativa, em comparação com os que apresentam maior nível de instrução, pois a cada nível de escolaridade estão associados determinados hábitos e atitudes, neste caso, face à saúde (Gomes & Tanaka, 2003; Ferreira & Santana, 2003; Fonseca et al., 2008; Matos & Albuquerque, 2006).

Ainda em termos de escolaridade existem evidências que apontam para que indivíduos em cursos, e posteriormente em profissões, ligados à área da saúde apresentem uma melhor percepção da sua saúde (Matos & Albuquerque, 2006). Este aspecto, ao que tudo indica, tem a ver com a formação recebida por estes indivíduos, já que lhes são transmitidas noções direccionadas à promoção de comportamentos de saúde e a boas práticas para alcançá-la (Matos & Albuquerque, 2006; Mendonça & Menandro, 2010; Pereira, 2003).

Por outro lado, estudos mencionam que profissionais ligados à saúde estão mais propensos a terem afectada negativamente a sua saúde mental, devido às actividades características da sua profissão (*e.g.* lidar com o adoecer, com o sofrimento e com as exigências dos pacientes) (Mendonça & Menandro, 2010; Sakae, Padão & Jornada, 2010).

Os colaboradores cujas funções são predominantemente físicas percebem mais negativamente a sua saúde que os não manuais (Gomes & Tanaka, 2003; Ferreira & Santana, 2003). Indivíduos que vivam elevados níveis de stress ou com alterações no padrão de sono têm uma percepção de saúde mais negativa do que aqueles que não têm presentes estes aspectos (Fonseca, Blank, Barros & Nahas, 2008).

Capítulo III – Trabalho e Saúde

3.1. Relação entre Bem-Estar no Trabalho e Percepção de Saúde

O trabalho é um elemento determinante para a saúde mental dos indivíduos (Hernandez, 2007). Esta relação entre o trabalho e a saúde mental tem sido estudada em termos de impacto do trabalho ou da inexistência do mesmo, podendo-se verificar qual o nível de bem-estar psíquico do indivíduo nessa área da sua vida (Borges & Argolo, 2002).

A par das constantes mudanças no mundo do trabalho, emergiu a necessidade de estudar o impacto que tinham no colaborador, visto que este tinha de se adaptar a elas e renovar as suas competências (Peterson & Wilson, 2002). Esta ideia conduziu a que cada vez mais existisse a preocupação de assegurar a saúde e o bem-estar no trabalho (Hernandez, 2007).

A relação entre o trabalho e a saúde suscitou desde sempre grande interesse, contudo, foi desde o século XIX que esta ligação foi formalmente tida em consideração e, conseqüentemente, estudada com maior profundidade (Silva, Bernardo, Maeno & Kato, 2010a; Silva, Bernardo, Maeno & Kato, 2010b). Esta alteração deve-se ao surgimento de uma nova abordagem: a Medicina no Trabalho (Silva et al., 2010a). E aliado a esta nova especialização surgem os serviços destinados ao assegurar da saúde nas instituições empregadoras (Silva et al., 2010b). Porém, inicialmente o que se pretendia da Medicina no Trabalho não era tanto a prevenção da doença ou a promoção da saúde, mas sim certificar-se de que a empresa tivesse a melhor produção possível, sendo o foco de preocupação somente os riscos de ordem física (Silva et al, 2010b).

Apenas quando começaram a surgir indivíduos que apresentavam problemas sem ser de ordem biológica é que principiaram a estudar outros aspectos, tais como os aspectos psicossociais e organizacionais (Silva et al, 2010a). Mas só mais tarde é que surgiu a preocupação com o impacto que o trabalho tinha na dimensão psíquica do colaborador (Franco, Druck & Silva, 2010). Esta constatação chamou a atenção para a importância da conjugação de diversas áreas, de modo a assegurar a saúde do colaborador, como a Medicina e a Psicologia (Silva et al, 2010a).

Começou, assim, a perceber-se que o colaborador não estava somente exposto a danos físicos, mas também mentais (Silva et al, 2010b). Colaboradores expostos a condições precárias no seu ambiente de trabalho e relações interpessoais nefastas, podem sim

desenvolver perturbações psicológicas, como é o caso de quadros depressivos e de exaustão emocional (Franco et al., 2010).

Tendo em consideração que cada vez mais se verifica uma nítida competição entre os serviços prestados por cada instituição, decorrente de uma evidente alteração da situação económica, que diariamente origina desemprego ou emprego precário, torna-se não apenas importante, mas indispensável que se aborde com profundidade estas questões: actualmente como se sente o colaborador, como está a sua saúde e será que há influência na saúde tendo em conta o modo como se sente no seu trabalho (Gomes & Tanaka, 2003; Serva & Andion, 2006).

Os estudos que conjugam os conceitos saúde e trabalho são de três vertentes, ou seja, existem os estudos no âmbito da saúde ocupacional que se centram no impacto das condições físicas do trabalho na saúde do colaborador, os estudos da área sociológica que colocam a ênfase nos aspectos sociais e objectivos do trabalho (tais como prestígio social) e os de base da Psicologia Social que se importam com os aspectos psicossociais do trabalho, como é o caso do relacionamento interpessoal na organização (Basílio, 2005; Ferreira, Silva, Fernandes & Almeida, 2008).

A vertente que se centra nos factores psicossociais tem tido especial atenção, visto que o mal-estar e as doenças relacionadas com trabalho, ao que se tem verificado, estão associadas não apenas a condições físicas do trabalho, mas a outros aspectos como as características da organização, do próprio colaborador e do relacionamento interpessoal na organização (Martinez, 2002).

Os factores psicossociais podem ser divididos em três áreas diferentes, isto é, em factores relacionados com o ambiente e com a organização do trabalho (condições, conteúdo e aspectos temporais do trabalho, papel na organização, relacionamentos interpessoais, progressão na carreira, salário e clima organizacional), factores extra-organizacionais (aspectos relativos à vida pessoal do colaborador que podem influir no trabalho) e factores relacionados com o indivíduo (sexo, idade, nível educacional, personalidade, valores, necessidades, *locus* de controlo, tipo de comportamento) (Martinez et al., 2004). Quando causadores de mal-estar, estes aspectos podem constituir-se factores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde física e/ou psicológica (Martinez, 2002).

Os problemas de saúde física podem manifestar-se face a um estímulo stressor, como por exemplo elevada carga de trabalho, dores musculares, agitação, palpitações, que

podem reduzir assim que o estímulo negativo lhes é retirado, mas se mantido pode gerar desgaste no indivíduo e no seu organismo, pois este não poderá dar uma resposta eficaz à situação de permanente adaptação, fragilizando-se e dando lugar a doenças (Martinez et al., 2004). Em termos psicológicos o indivíduo face à mesma situação stressora poderá evidenciar dificuldades na atenção, na concentração, que mais tarde poderão dar lugar a perturbações, como é o caso do stress crónico (Hernandez, 2007).

Levi (1998, citado por Martinez, 2002) propôs um modelo teórico denominado de “Interacções entre factores psicossociais e saúde”, no qual menciona que podem existir três tipos de propiciadores de doença relacionada com o trabalho: a discordância entre as necessidades enquanto ser humano e as oportunidades que o contexto lhe oferece para as satisfazer; a disparidade entre as capacidades e as exigências do contexto; e a discrepância entre as suas expectativas e a sua percepção da situação de trabalho.

Do mesmo modo, quando se tornam incompatíveis o trabalho e os factores pessoais, o colaborador pode desenvolver problemas emocionais e fisiológicos, porém, tudo depende da capacidade de adaptação do colaborador às situações adversas, sendo que perante a mesma situação um indivíduo pode desenvolver problemas de saúde e o outro não (Jiménez & Hernández, 2001).

Colaboradores que sintam que não participam na tomada de decisão da instituição, nos serviços que lhes competem podem desenvolver queixas psicossomáticas, em comparação aos demais (Paschoal, 2008). O facto de o profissional participar da tomada de decisões no local onde trabalha pode protegê-lo dos efeitos negativos das exigências do meio laboral (Nascimento & Júnior, 2008; Paschoal, 2008).

Quando o sujeito se encontra face a situações stressantes, o bem-estar no trabalho tem um papel protector no que concerne à saúde mental (Suehiro et al., 2008). Por outro lado, situações geradoras de mal-estar no trabalho podem ser pontos de partida para que se gerem doenças (Fonseca & Moura, 2008; Sparks et al., 2001). Estudos comprovam que o facto de o colaborador ter um escasso suporte social na instituição na qual trabalha, ou seja, carência de colaboração, de reconhecimento e de valorização do trabalho por parte das chefias está correlacionado com a fadiga emocional dos colaboradores, que pode comprometer a saúde física e emocional dos mesmos (Tamayo & Tróccoli, 2002).

Quando o colaborador sente que os seus esforços não são reconhecidos pela chefia ou que os resultados do seu trabalho não ocorreram como esperado, estes aspectos podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde (Fonseca & Moura, 2008).

Se no local de trabalho existem bons relacionamentos, estes podem influenciar a saúde e a motivação para realizar a função no trabalho (Brough & Pears, 2004; Fonseca & Moura, 2008; Ribeiro & Siqueira, 2008). O bem-estar no trabalho não só influencia a saúde do colaborador, como o próprio bem-estar da equipa profissional (Rebouças et al., 2007). O mal-estar no trabalho aliado ao desconforto ao nível da saúde mental tem impacto negativo na eficácia dos serviços prestados aos pacientes (Marco, Cítero, Moraes & Martins, 2008).

Está comprovado que o facto de se trabalhar durante anos persistentemente por longos períodos de tempo, tem impacto ao nível da saúde, sendo que colaboradores nesta situação relataram maior aumento da pressão sanguínea, maiores dores crónicas nos membros e na cabeça, quando comparados com colaboradores que exerciam a sua função com um horário mais reduzido (Sparks et al., 2001).

Portanto, o bem-estar no trabalho não remete apenas para sintomas de doença ou ausência da mesma, mas sim para um funcionamento holístico do sujeito (Hernandez, 2007). Além disso, como verificado, o bem-estar no trabalho influencia a saúde e o próprio bem-estar da equipa profissional (Rebouças et al., 2007).

Como o trabalho ocupa grande parte da vida de um indivíduo, o resultado do seu trabalho acaba por ter influência na sua saúde, daí que um indivíduo que se sinta bem no trabalho tenha uma percepção melhor da sua saúde do que o indivíduo que não tem um bem-estar no trabalho (Alvim, 2006). Um indivíduo que se sente bem no trabalho que desempenha, tem melhor percepção da sua saúde do que o indivíduo que não tem um bem-estar no trabalho (Ryan & Deci, 2001). O bem-estar no trabalho não só é um factor positivo para o indivíduo, como também o é para a entidade empregadora, pois um colaborador que se sente bem no seu contexto de trabalho tem uma maior produtividade (Borges & Argolo, 2002). Quando existe prazer no que se faz, não só todo o processo de realização é muito mais bem conseguido, como os próprios resultados são mais satisfatórios (Ryan & Deci, 2001).

A relação entre bem-estar no trabalho e percepção de saúde é complexa e como tal, requer mais estudos que possam compreender esta associação.

3.1.1. O Auxiliar de Geriatria na sua Profissão

Os Auxiliares de Geriatria são também denominados de Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem em Geriatria, Cuidadores Formais ou simplesmente Auxiliares, pois trabalham junto dos Enfermeiros (mas também de outros profissionais), de modo a satisfazer as necessidades diárias do idoso, sendo responsáveis por diversas tarefas, de entre as quais o banho, a alimentação, o acompanhamento dentro e fora das instalações, entre outras (Hetzl, 2010).

O Auxiliar de Geriatria encontra-se integrado numa equipa multidisciplinar, administra cuidados de auxílio à Enfermagem e colabora em cuidados terapêuticos ao idoso, com vista à satisfação das necessidades básicas deste, tendo sempre de base o respeito pela pessoa e pelas regras de higiene e segurança (Pinedo, 2000).

Estes profissionais são uma parte fundamental no tratamento do indivíduo, desenvolvem a maior parte dos cuidados e assistem (com os Enfermeiros) a praticamente todas as tarefas, contudo são raramente estudados, ainda que geralmente apresentem maior contacto e responsabilidades para com o idoso do que as que são esperadas por parte dos Enfermeiros (Hetzl, 2010).

O Auxiliar de Geriatria, profissional da área de saúde e sobre o qual ainda não existe muita investigação, proporciona serviços num período instável, a uma população que necessita de constantes e diversos cuidados (Lima & Tocantins, 2009). Como tal, acresce o interesse de explorar, visto que não estamos na presença de um colaborador comum, mas de um profissional encarregue pela saúde e bem-estar dos outros, como tal sujeito a situações passíveis de causar desconforto e mal-estar (Gouveia, Lins, Lima, Freires & Gomes, 2009).

Além do mais, os alvos do seu trabalho são pessoas que geralmente se encontram debilitadas e necessitadas de auxílio em quase todas as actividades diárias (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Acrescendo a estes dois aspectos, que exercem pressão no profissional, está associada a situação económica difícil que actualmente se vive (Lima & Tocantins, 2009).

Cada profissão tem as suas particularidades e ainda que não existam dados evidentes acerca deste grupo sócio-profissional, poder-se-á fazer uma analogia tendo em conta o bem-estar no trabalho de populações semelhantes, ligadas ao provimento de saúde, como é o caso desta população.

3.1.2. O Bem-Estar no Trabalho e a Percepção de Saúde no Auxiliar de Geriatria

O envelhecimento é um processo normal do organismo, caracterizado por um conjunto de modificações que resultam de factores internos (alterações fisiológicas e morfológicas) e externos (alterações sociais e culturais) (Melo, Piccinini, Rosa, Rosa & Garcês, 2008).

O aumento da esperança média de vida e a subsequente presença de doenças crónicas e degenerativas conduzem ao aumento do número de idosos que se tornam dependentes de cuidados nas actividades do quotidiano (Karsch, 2003; Mendes, Miranda & Borges, 2010). Além disso, em Portugal tem-se verificado um aumento percentual dos idosos com mais de 75 e 85 anos (Almeida, 2008).

O acto de cuidar é essencial à sobrevivência do ser humano e da sociedade, que é aprendido desde tenra idade, contudo com o envelhecimento esta competência pode deixar de estar preservada (Rodrigues, Andrade & Marques, 2001). Este aspecto aliado a outras circunstâncias de vida (e.g. impossibilidade da família auxiliar o idoso, reduzidos recursos económicos) leva a que a alternativa viável para que os idosos tenham os cuidados necessários sejam as instituições para idosos, nos quais têm assistência de profissionais para realizar as suas actividades diárias (Rodrigues et al., 2001).

Na actualidade, a sociedade enfrenta o desafio de ter de proporcionar cuidados adequados a uma população idosa cada vez mais crescente (Hetzl, 2010). Aliado ao crescimento do envelhecimento populacional está a dificuldade da família em auxiliar os seus idosos, quer devido às exigências profissionais da actualidade, quer devido à falta de recursos económicos ou de outra ordem (Barbosa et al., 2007). Devido a esta situação têm aumentado a necessidade por locais e por profissionais que forneçam auxílio aos idosos (Nübling et al., 2010).

Embora a instituição para idosos seja geralmente procurada como último recurso, quando o idoso começa a perder a capacidade de auto-cuidado e a família não tem condições para fornecer o auxílio adequado, a institucionalização acaba por ser entendida como a alternativa mais viável para o idoso, visto que proporciona elevado nível de conforto e eficiência (Fragoso, 2008).

Muito importante é também o facto de que o idoso sente que perde a sua autonomia ao entrar na instituição e que passa a ser dependente dos outros para todas as suas

actividades, daí a importância da sensibilidade e do bem-estar do profissional para prestar o melhor serviço e reduzir no idoso esta sensação (Vecchia et al., 2005).

Envelhecer não é sinónimo de adoecer, porém geralmente os idosos têm necessidades especiais decorrentes de limitações funcionais e problemas de saúde, acabando por necessitar de auxílio de residências de cuidado a idosos a longo termo (Melo et al., 2008).

Num estudo realizado com 80 idosos de um concelho do norte de Portugal, Barbeiro (2004) verificou que estes apontavam como principais necessidades o auxílio na alimentação, pois a maior parte referiu problemas na deglutição, problemas respiratórios, problemas urinários e respiratórios, dificuldades de mobilização (predominantemente devido a dores nas articulações) e nos cuidados diários de higiene, problemas de sono, abandono e isolamento social, bem como necessidade em ter actividades de distração.

O idoso necessita não só de cuidados físicos, mas também de contacto pessoal adequado, suporte, atenção, visto que muitas são as perdas do idoso ao longo do seu percurso, logo é premente que o profissional que o auxilia diariamente se encontre preparado e capaz para dar resposta a estas necessidades (Barros, Neto, Silva, Silva & Silva, 2010; Lima & Tocatins, 2009).

Para dar resposta a estas e outras necessidades sociais foram criadas as Instituições Particulares de Solidariedade Social (*IPSS*) que não têm fins lucrativos e podem assumir várias formas, isto é, locais que visam a institucionalização do idoso ou locais que proporcionam condições adequadas para que a pessoa continue na sua residência, tais como Santas Casas da Misericórdia (geralmente acumulam em si a valência de centro de dia, lar de idosos, serviço de apoio domiciliário) (Almeida, 2008).

As instituições destinadas a idosos são diversas, destacam-se os centros de dia, os centros de noite, os centros de acolhimento temporário para idosos, o acolhimento familiar, os serviços de apoio domiciliário, os lares de idosos e os centros de convívio, possibilitando que o idoso usufrua de acções de apoio social, como é o caso do convívio, dos cuidados de saúde e da alimentação (Almeida, 2008).

As instituições para idosos não se limitam a fornecer abrigo e alimentação aos idosos, mas sim cuidados da parte de profissionais de saúde, actividades lúdicas e permitem ainda o estabelecimento de uma rede de apoio social (Sampaio et al., 2011). São instituições governamentais ou não-governamentais dirigidas a indivíduos com idades

iguais ou superiores a 60 anos, com conjunturas para que eles possam nelas residir com condições dignas (Sampaio et al., 2011).

Contudo, a maior parte dos idosos não são a favor de deixar as suas casas e irem para lares de idosos, excepto quando se sentem incapazes fisicamente ou com escasso apoio familiar (Barros, 2006). Num estudo levado a cabo por Barros (2006), verificou-se que os idosos em lares avaliam o seu bem-estar mais negativamente que os que habitam em suas casa, porém, os que praticam actividades físicas e lúdicas na instituição (que se encontram ocupados diariamente) apresentam um nível de bem-estar superior.

A verdade é que algumas vezes a instituição é realmente o único lugar que poderá dar um envelhecimento digno ao idoso abandonado por todos ou sem grande apoio ou qualquer rede social (Conceição, 2010). O estado do profissional é de facto muito importante, até porque o idoso quando institucionalizado sente-se muitas das vezes abandonado pela família e com a autonomia limitada, encarando este processo como a aproximação da morte (Rocha, 2008).

Por tudo isto, ressalta-se ainda mais a importância de um Auxiliar de Geriatria satisfeito, para que este possa ajudar realmente o idoso, já que o Auxiliar que tem a sua saúde debilitada tende a afastar do idoso, tornando-se indiferente (Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues & Dias, 2011). É premente fornecer atenção a este profissional de modo a que este tenha saúde e bem-estar e possa, por sua vez, fornecê-los também ao idoso (Sampaio et al., 2011).

O Auxiliar de Geriatria ou cuidador tem diversas funções, como já mencionado, de entre as quais funciona como a ligação entre o idoso, a família deste e a equipa de saúde, auxiliar nos cuidados de higiene, na alimentação, na toma da medicação prescrita, na deslocação dentro e fora do local onde se encontra o idoso, entre outras (Barros et al., 2010).

Todas estas funções aliadas ao constante papel implícito de assegurar a dignidade, o respeito pelo idoso e a sensibilidade para com o sofrimento deste exige imenso do Auxiliar, quer em termos profissionais, quer em termos de saúde física e psíquica (Paulo, Teixeira, Jotz, Barba & Bergmann, 2008). Esta exigência de cuidados, a carga de trabalho físico, o facto de viverem as doenças e a morte de quem cuidam pode provocar nos profissionais que lidam com os idosos uma forte pressão, que pode levar ao stress no trabalho e mesmo ao desenvolvimento de problemas de saúde (Daraiseh et al., 2003; Menzel, Brooks, Bernard & Nelson, 2004).

Cuidar de idosos por um longo período de tempo requer um constante cuidado, o que poderá comprometer a saúde de quem cuida, visto que pode provocar desgaste físico e dores musculares, que variam de acordo com a função realizada e com o peso e grau de dependência do idoso (Garrido & Menezes, 2004). A tarefa do Auxiliar de Geriatria de cuidar de idosos é enriquecedora e nobre, porém complexa e extremamente exigente (Mendes et al., 2010).

O facto de ter de efectuar a manipulação manual do idoso (mover, reposicionar e fazer a higienização do indivíduo acamado ou com mobilidade debilitada) e o trabalho em posturas corporais desadequadas gera problemas músculo-esqueléticos no profissional de saúde (Enfermeiros, Auxiliares de Geriatria), como é o caso de dores na coluna vertebral (Domínguez & Aguilera, 2008). O risco para desenvolver estes problemas de saúde ocorre mais frequentemente se a postura for mantida por longos períodos e se forem sendo acumuladas ao longo do tempo, pois cada vez que as tarefas acima mencionadas são realizadas vão acrescentando mais risco ao profissional (Domínguez & Aguilera, 2008).

Quando os Auxiliares têm de manipular idosos com baixa mobilidade e acamados (maiores necessidades, pois alguns têm alterações na consciência e pouca ou nenhuma colaboração), o risco para o desenvolvimento de doenças aumenta (Menzel et al., 2004). Num estudo realizado por Domínguez e Aguilera (2008) com Ajudantes de Enfermaria e Auxiliares gerais num hospital na unidade de cuidados intensivos, verificou-se que devido ao facto de terem de efectuar a manipulação de pacientes desenvolveram doenças músculo-esqueléticas.

Lidar com idosos é uma actividade que, por si só, exige muito, fará se o profissional não se sentir bem no seu local de trabalho e se tiver problemas de saúde, o que pode diminuir a qualidade dos cuidados prestados ao idoso na instituição (Daraiseh et al., 2003). O profissional de saúde não deve descurar a própria, caso contrário perde-se o propósito da formação em saúde (Mendonça & Menandro, 2010).

Os profissionais na área da saúde lidam constantemente com as emoções, o que pode levar ao desenvolvimento de stress resultante da agressividade, das exigências e das queixas do indivíduo que recebe o serviço, embora quem o preste esteja obrigado a manifestar um comportamento positivo (poderá causar dissonância cognitiva e levar a que o indivíduo não consiga regular as suas próprias emoções, provocando mal-estar) (Bulik, 2005). Quando as exigências do contexto escapam da capacidade de controlo do

profissional, pode este ser um passo para o desenvolvimento de stress e por conseguinte, problemas de saúde, afectando todas as áreas envolventes do indivíduo (Araújo, Graça & Araújo, 2003; Grazziano & Bianchi, 2010).

Os profissionais de saúde estão de facto sujeitos a um ambiente propício a situações de stress, pois estão responsáveis pelo bem-estar, pela saúde, pelo conforto e higiene do outro (Alves, 2005; Perry, 2005). Ainda que os aspectos com os quais lidem nem sempre sejam delicados, a verdade é que lidam com seres humanos, o que por si só é suficientemente delicado (Gouveia et al., 2009). O Auxiliar de Geriatria lida com pessoas idosas que geralmente apresentam necessidades diferentes, por vezes mais exigentes e prementes (Camargos, Perpétuo & Machado, 2005; Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Este profissional vive diariamente com o sofrimento dos outros, com a doença e com a morte (Freire & Tavares, 2004). Por vezes, as condições disponíveis para dar resposta a cada uma destas situações nem são as melhores, mas lida com o que tem para proporcionar o tratamento adequado a quem tem na sua frente (Gouveia et al., 2009). Todos estes aspectos que parecem pormenores para muitas pessoas, para estes profissionais fazem toda a diferença e como tal, afectam o seu bem-estar e consequentemente a sua saúde (Alves, 2005). E assim, como se pretende fomentar o bem-estar no outro, quando o seu próprio bem-estar está colocado em causa, como se pretende promover saúde, quando a sua saúde está debilitada (Gouveia et al., 2009).

Geralmente, estes indivíduos sentem-se desmotivados devido à discrepância entre o que recebem de salário, o reconhecimento por parte da instituição e o esforço físico e psicológico que exercem para dar uma resposta assertiva no seu trabalho (Guerreiro & Rodrigues, 2008).

A profissão deixa de ser foco de bem-estar para ser encarada como um fardo a carregar, que acabam por não desejar nem para si, nem para os outros (Gouveia et al., 2009). Quando é depositada no profissional a responsabilidade pelo bem-estar do paciente e o estado de saúde do primeiro resvala, as emoções negativas direccionadas ao indivíduo são intensas, gerando um estado emocional negativo e consequentemente mal-estar (Souza, 2010).

O mal-estar no trabalho aliado ao desconforto ao nível da saúde mental tem impacto negativo na eficácia dos serviços prestados aos pacientes (Marco, Cítero, Moraes & Martins, 2008). Quanto melhor se sentir, melhor será a relação com o paciente e

consequentemente, melhores cuidados fornecidos, já que um indivíduo que não se sintam bem no trabalho e ao nível da sua saúde, dificilmente poderá desempenhar adequadamente o trabalho (Pérez, 2010).

Num estudo com profissionais de saúde mental levado a cabo por Rebouças et al. (2007) verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade menor a satisfação com o emprego, o que poderá estar relacionado com expectativas mais elevadas. À medida que aumenta a idade, diminui a intervenção das emoções no seu trabalho (Marco et al., 2008). Quão mais velha a pessoa é, maior a satisfação com o emprego, ao que os autores referem estar associado uma maior adaptação ao contexto (Rebouças et al., 2007).

Quando o profissional de saúde, como é o caso do Auxiliar de Geriatria, tem a seu cargo uma multiplicidade de tarefas, chega a ser acometido pela sensação de não conseguir realizar tudo o que lhe compete, que gera frustração, podendo mesmo colocá-los à margem do que idealizavam pessoal e profissionalmente (Oliveira et al., 2009).

O trabalho realizado por turnos, as más relações com os outros profissionais e a sobrecarga de tarefas contribuem para a desmotivação, para a insatisfação profissional e mesmo ao abandono da profissão (Oliveira et al., 2009). Como já mencionado, os turnos nocturnos podem desregular o equilíbrio biológico, alterando o padrão de sono e de alimentação, podendo levar à origem de doenças (Jiménez & Hernández, 2001).

É possível que por trabalharem num local que proporciona serviços de saúde, o colaborador procure assegurar a sua saúde e esteja mais sensível a qualquer indício de doença (Martinez et al., 2004). Por outro lado, os profissionais da área da saúde, como têm maior conhecimento e acesso à medicação são mais propensos a abusar da mesma (Jiménez & Hernández, 2001).

Por vezes, os profissionais de saúde recorrem à auto-medicação como forma de cuidarem de si mesmos sem perdas de tempo com idas ao médico, sendo que geralmente a preocupação com a saúde apenas surge quando esta o impede de realizar as actividades profissionais (Mendonça & Menandro, 2010).

Num estudo realizado por Jiménez e Hernández (2001), com Enfermeiros e Auxiliares num hospital, verificou-se que os Auxiliares tendem a perceber maior exaustão e sintomas indesejáveis que os Enfermeiros. Os Auxiliares acreditam que a profissão é exigente, porém os mais jovens sentem maior stress e mal-estar que os mais velhos, considerando ainda que não têm autonomia, nem liberdade de decisão, sentindo também

escasso apoio e respeito por parte do empregador, bem como condições de trabalho desapropriadas (Jiménez & Hernández, 2001). Encontram-se mais insatisfeitos no trabalho que os Enfermeiros, ressaltando a reduzida expectativa de promoção, o baixo salário, a ausência de estimulação da motivação e a falta de comunicação por parte das chefias (Jiménez & Hernández, 2001).

Neste presente estudo procurou-se compreender esta conexão entre trabalho e saúde, desenvolvendo-se uma investigação prática que será explanada de seguida. E é através do seguimento desta linha de raciocínio que o presente estudo se desenrola, partindo da concepção de existência de uma relação entre o bem-estar no trabalho e percepção de saúde e procurando analisar este conhecimento na realidade dos Auxiliares de Geriatria em instituições para idosos.

Parte II - Parte Prática

Capítulo IV – Investigação Empírica

4.1. Objectivos do estudo

O estudo tem por base um objectivo geral, que se ramifica em objectivos específicos subordinados à questão inicial de investigação “Como se sente no seu trabalho e como percebe a sua saúde o Auxiliar que lida com idosos e qual a relação entre ambas as componentes?”, e que se apresentam de seguida.

4.1.1. Objectivo Geral

A presente investigação tem por objectivo geral estudar o bem-estar no trabalho e a percepção de saúde, bem como a possível ligação existente entre estes dois constructos no Auxiliar de Geriatria que exerce a sua profissão em instituições dedicadas especificamente à 3ª idade.

4.1.2. Objectivos Específicos

Foram definidos os seguintes:

- Verificar as qualidades psicométricas do questionário construído para medir o bem-estar no trabalho;
- Caracterizar a percepção de Bem-Estar no Trabalho (à luz dos pressupostos teóricos que aqui se seguem) na amostra de Auxiliares de Geriatria;
- Relacionar o Bem-Estar no Trabalho com os dados sócio-demográficos e clínicos;
- Realizar a caracterização da Percepção de Saúde segundo a base teórica seguida na presente investigação;
- Relacionar a Percepção de Saúde com os dados sócio-demográficos e clínicos recolhidos;
- Analisar se existe relação entre o modo como os Auxiliares de Geriatria se sentem no seu trabalho e o modo como encaram a sua saúde.

4.2. Elaboração de Hipóteses

Com base na literatura, nos objectivos e na questão de investigação, formularam-se as seguintes hipóteses:

- **H1:** O instrumento revela qualidades psicométricas que permitem aferir adequadamente o constructo de base.
- **H2:** As dimensões do bem-estar no trabalho (Adaptação e Adequação do Trabalho, Características Organizacionais, Relacionamento Interpessoal, Estruturação do Trabalho e Vínculo Organizacional) nos Auxiliares de Geriatria que trabalham em instituições para idosos terão uma relação de associação com todas as dimensões da percepção de saúde (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Desempenho Emocional, Saúde Mental, Vitalidade e Funcionamento Social).

As dimensões do bem-estar no trabalho nos Auxiliares de Geriatria que trabalham em instituições para idosos, terão um impacto positivo sobre as dimensões da percepção de saúde, na medida em que:

- **H3:** uma melhor percepção de bem-estar no trabalho ao nível da Estruturação do Trabalho promoverá uma melhor percepção de saúde em termos de Funcionamento Físico;
- **H4:** uma melhor Estruturação no Trabalho influenciará o Desempenho Físico, a Saúde Geral, o Funcionamento Social, o Desempenho Emocional e a Dor Corporal;
- **H5:** uma melhor Adequação e Adaptação no Trabalho influenciará o Desempenho Físico, a Dor Corporal, a Saúde Geral, o Funcionamento Social e o Desempenho Emocional;
- **H6:** uma melhor percepção das Características Organizacionais conduzirá a um maior nível de Vitalidade e de Saúde Mental;
- **H7:** uma melhor percepção da Estruturação no Trabalho proporcionará melhor percepção de Vitalidade e de Saúde Mental.

4.3. Metodologia

Todas as investigações obedecem a uma estrutura geral, ou seja, apresentam um plano de investigação do estudo em causa (Torres, 2006). Neste sentido, a presente investigação é do tipo quantitativo e enquadra-se num estudo do tipo transversal e exploratório correlacional (Almeida & Freire, 2007; Gómez, 2006).

De seguida, será efectuada uma descrição dos passos percorridos para elaborar a investigação e cumprir os objectivos da presente Dissertação de Mestrado.

4.3.1. Participantes

Quanto à dimensão quantitativa, devido à necessidade de construir e aferir o instrumento “Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET” de modo adequado, pretendeu-se aceder a uma amostra de pelo menos 200 indivíduos Auxiliares de Geriatria, de modo a cumprir a regra do ideal de proporção de 5 a 10 indivíduos por cada item da escala (Pasquali, 2003).

É de referir que para efectuar o estudo piloto (1ª fase do estudo) do instrumento em causa, foram necessários 21 indivíduos, no mínimo, visto que para esta fase o ideal é que o número de indivíduos seja equivalente ao número de itens da escala, com mais um elemento (Rust & Golombok, 1999).

O único critério de inclusão na amostra é o facto de serem Auxiliares de Geriatria em instituições para idosos. Os participantes constituem uma amostra não probabilística, por conveniência, satisfazendo os requisitos para o cumprimento dos presentes objectivos (Pasquali, 2003; Pais-Ribeiro, 2010; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Na 1ª fase do estudo (estudo piloto/pré-teste) administrou-se a 25 Auxiliares de Geriatria o “Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET” e na 2ª fase foram administrados os 3 instrumentos (explorados no ponto 4.3.2.) a 204 Auxiliares de Geriatria de 6 instituições para idosos da zona norte do país.

No que se refere às características sócio-demográficas da amostra do estudo (cf. Quadro 1), mediante a análise ao “Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos” acederam-se aos resultados que serão de seguida mencionados.

Salienta-se que não existem dados na literatura relativos às características sócio-demográficas e clínicas dos Auxiliares de Geriatria, daí que não se possam confrontar com os dados obtidos.

Espera-se que este estudo gere pistas que possam constituir-se como indicações das características deste grupo profissional.

Quadro 1 - *Características Sócio-demográficas da Amostra de Auxiliares de Geriatria*

Variáveis Sócio-demográficas	Frequências (N=204)	
	n	%
GÉNERO		
Feminino	201	98.5
Masculino	3	1.5
IDADE		
menos de 20	1	0.5
21 aos 30	36	17.6
31 aos 40	87	42.6
41 aos 50	55	27.0
mais de 50	25	12.3
ESTADO CIVIL		
Solteiro(a)	30	14.7
União de facto	4	2.0
Casado(a)	144	70.6
Separado (a)	6	2.9
Divorciado (a)	15	7.4
Viúvo (a)	5	2.5
COM QUEM VIVE		
Sozinho(a)	8	3.9
Com os pais	24	11.8
Com o namorado(a)	2	1.0
Com o cônjuge/companheiro(a)	33	16.2
Com o cônjuge/companheiro(a) e filhos	118	57.8
Amigos/Colegas	0	0
Outro	19	9.3
ESCOLARIDADE		
Escola Primária/1º ciclo incompleto	6	2.9
Escola Primária/1º ciclo completo	26	12.7
Ciclo Preparatório/2º ciclo	28	13.7
3º Ciclo (7º ano - 9º ano)	84	41.2
Ensino Secundário (10º - 12º)	56	27.5
Ensino Superior	4	2.0
TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO		
Menos de 1 ano	15	7.4
De 1 a 5 anos	59	28.9
De 6 a 10 anos	63	35.8
De 11 a 20 anos	43	21.1
Mais de 20 anos	14	6.9
TURNO NOCTURNO		
Nunca	82	40.2
Raramente	28	13.7
1 dia por semana	40	19.6
2 dias por semana	22	10.8
3 ou mais dias por semana	32	15.7

Analisando os resultados, como se pode observar no Quadro 1, verifica-se que os participantes são na sua maioria do sexo feminino, com uma percentagem de 98.5%, o que sugere que esta profissão possa ser predominantemente feminina. Têm maioritariamente entre 31 e 40 anos (42.6% de respondentes).

O estado civil mais frequente é o casado, sendo que os participantes vivem na sua maioria com o cônjuge/companheiro e filhos, logo estes indivíduos poderão ter ou vir a ter responsabilidades e tarefas extra-laborais, que caso o trabalho seja incompatível com estas pode gerar desconforto (Carlson et al., 2006).

No que se refere à escolaridade, 41.2% têm o 3º ciclo (7º ao 9º ano), mas existe representação de diferentes níveis escolares, logo, não parece também existir exclusividade neste aspecto.

Quanto ao tempo de permanência na instituição, a maior parte dos participantes refere trabalhar no local há 6 ou 10 anos.

Dos participantes, uma boa parte diz nunca fazer o turno nocturno na instituição empregadora, contudo a maioria menciona realizá-lo, assim, uma parte significativa da amostra realiza turnos nocturnos e rotativos, que por si só desregulam o equilíbrio do organismo (Jiménez & Hernández, 2001).

Ainda face às características sócio-demográficas, nas actividades realizadas com maior frequência na instituição 74.5% dos indivíduos referem ocupar-se da higienização e conforto dos idosos, 53.9% auxiliam na toma da medicação e 72.1% tratam da alimentação dos idosos, 32.8% dos sujeitos auxiliam no tratamento de feridas e 43.6% acompanham e ajudam no transporte de idosos dentro e fora da instituição. Por outro lado, 50% dos inquiridos asseguram as condições de higiene do local e dos respectivos materiais.

Note-se que para além destas actividades foram referidas algumas outras, sendo que estes dados vêm demonstrar a diversidade e rara exclusividade de tarefas a cargo destes profissionais, que por este aspecto podem ter a impressão de não ter o seu trabalho claramente definido, podendo tornar-se desconfortável e extenuante (Paschoal, 2008).

Relativamente aos dados clínicos dos participantes, verificou-se que 45.1% recebem acompanhamento médico regular, 59.3% encontram-se medicados e 2.5% têm acompanhamento psicológico.

Constata-se que são mais os indivíduos medicados do que aqueles que têm acompanhamento médico regular. Este aspecto pode estar relacionado com o

conhecimento e acessibilidade que estes profissionais têm à medicação, que poderá culminar na auto-medicação para se esquivarem de idas ao médico que lhes despendam tempo essencial ao trabalho (Mendonça & Menandro, 2010). Dos participantes 24% mencionam existirem doenças físicas na sua família, ao passo que 9.8% dizem existir doenças psiquiátricas, logo, indivíduos com antecedentes familiares de doenças.

4.3.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados três instrumentos, nomeadamente o “Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET”, o “Questionário de dados sócio-demográficos e clínicos” e o “Questionário de Percepção de Saúde – MOS SF-36”:

- O **“Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET”** (cf. Anexo B) foi construído e aferido para a população em causa neste estudo, tendo por base conhecimentos teóricos. O questionário é constituído por 20 proposições elaboradas de modo afirmativo, com opção de resposta segundo uma escala de Likert de 5 pontos. Este instrumento apresenta itens que derivam de estudos de autores que se debruçaram sobre a questão do bem-estar no trabalho (c.f. ponto 4.3.3.).

O QPBET aborda a satisfação com o trabalho, a identificação com as normas, a adequabilidade das actividades às capacidades, o acesso aos resultados pretendidos, o desenvolvimento do trabalho que se gosta, condições de trabalho apropriadas, adequabilidade das promoções (oportunidade de carreira), aptidão para ultrapassar desafios, obtenção de formação, mudanças constantes, constrangimentos horários, valorização da opinião (controlo pessoal - autonomia), conciliação das áreas de vida (conflito de papéis), manutenção das capacidades tendo em conta a idade, orgulho de pertença, relacionamentos interpessoais, reconhecimento da instituição e a percepção do correcto desempenho.

O questionário apresenta um valor mínimo de 20 e máximo de 100, sendo que quanto maior a elevação da pontuação, maior a percepção de bem-estar no trabalho;

- O **“Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos”** (cf. Anexo C) é composto por 13 questões, nas quais se abordam características importantes acerca do sujeito, para o estudo em causa. Nos dados sócio-demográficos pretende-se obter informação acerca da idade, género, estado civil, com quem vive, escolaridade, o

tempo de permanência na instituição, a frequência do turno nocturno e actividade mais frequente.

Quanto aos dados clínicos, consta do questionário o acompanhamento médico e psicológico, medicação e doenças na família;

- O “**Questionário do Estado de Saúde – MOS SF-36**” (cf. Anexo D) (Medical Outcomes Study Short Form – MOS SF-36) é atribuído a duas organizações, à RAND e à MOT (*Medical Outcomes Trust*), contudo sem grandes diferenças (Pais-Ribeiro, 2005).

Após a sua construção foi utilizado em diversas situações, estudado e adaptado por vários autores, inclusive portugueses, como é o caso do autor Lopes Ferreira (Pais-Ribeiro, 2005).

É o instrumento mais utilizado para mensurar o estado de saúde e a qualidade de vida, independentemente de existir ou não doença (Pais-Ribeiro, 2005).

É constituído por 36 itens de auto-resposta, distribuídos segundo 8 componentes, nomeadamente o funcionamento físico, o desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental, mais um item de transição de saúde (Pais-Ribeiro, 2005). Por sua vez, estas oito componentes podem ser reunidas em duas dimensões, saúde mental (desempenho emocional, saúde mental, vitalidade, funcionamento social) e saúde física (funcionamento físico, o desempenho físico, dor corporal, saúde geral) (Pais-Ribeiro, 2005).

O questionário utilizado nesta investigação é a versão portuguesa do questionário disponibilizado e autorizado pelo autor Pais-Ribeiro (2005) (cf. Anexo E), que apresenta uma consistência interna de adequada a forte, dependendo dos itens, à excepção de um deles que apresenta um *alpha* de Cronbach fraco, porém foi mantido devido à importância do mesmo e à sensibilidade desta técnica estatística decorrente de um número reduzido de variáveis face a um constructo.

4.3.3. Construção do Instrumento “Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET”

Avaliar características psicológicas fornece dados importantes para o Psicólogo poder vir a intervir nas diversas situações nas quais actua (Arce, 1994; Oliveira, Noronha,

Dantas & Santarém, 2005). Para aceder a estas componentes psicológicas, os instrumentos que as avaliam devem ser rigorosos (Noronha, 2002; Oliveira et al., 2005). Neste sentido, para construir um instrumento para avaliar uma dimensão psicológica há que ter em consideração diversos aspectos para assegurar a adequabilidade e objectividade do instrumento (Pasquali, 1998).

Além disso, o instrumento construído deverá obedecer a determinadas características psicométricas, como a fiabilidade e a representatividade do que se pretende avaliar (Hill & Hill, 2010; Noronha, 2002; Oliveira et al., 2005).

Para a elaboração dos 20 itens utilizou-se a revisão da literatura recente acerca das dimensões “Bem-estar” e “Bem-estar no trabalho”, tendo ainda em consideração trabalhos anteriores e escalas já realizadas nestes âmbitos (Pasquali, 1998).

No que concerne à estrutura sintáctica dos itens, procurou-se construir itens compreensíveis, com uma linguagem acessível e simples, colocadas no mesmo tempo verbal, tendo o cuidado de não criar itens excessivamente longos ou com duplas afirmações ou negações (Pasquali, 1998). Os itens obedecem ao princípio da clareza, da coerência e da neutralidade (não induzem respostas) (Pasquali, 1998).

Segundo o Modelo proposto por Likert (1932, citado por Arce, 1994), sabe-se que diferentes pessoas apresentam dados diferentes perante um mesmo objecto (variabilidade interpessoal) e que a mesma pessoa pode apresentar dados diferentes acerca do mesmo objecto em diferentes situações (variabilidade intra-sujeito). Daí que importe que sejam avaliadas dimensões de interesse, pedindo à pessoa que eleja dentre as opções de resposta a que melhor se adequa a si em determinada situação (Arce, 1994). As opções de resposta devem estar organizadas, por exemplo, consoante o grau de satisfação, tendo que existir uma opção de resposta central que se encontra no meio das outras respostas extremas positivas e negativas (Arce, 1994).

No instrumento QPBET as afirmações encontram-se associadas a uma escala de resposta tipo Likert com 5 tipos de respostas alternativas que oscilam entre: 1 - Discordo Muito; 2 – Discordo; 3- Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo Muito. Este tipo de possibilidade de resposta é muito vantajoso, pois permite maior rapidez e facilidade de resposta e na análise das mesmas, maior uniformidade de respostas, o que facilita a contextualização do constructo.

Dos 20 itens da escala, 2 como é o caso dos itens “10 - No meu serviço tenho que estar a adaptar-me constantemente a mudanças” e “11 - Acho que o meu horário de trabalho

me causa incómodos”, são afirmações com uma conotação negativa, logo a cotação é invertida.

O ideal seria manter para todas as perguntas as mesmas opções de respostas, de modo a não gerar confusão nos participantes (Namakforoosh, 2005). Nesse sentido, o melhor será colocar os itens sob a forma de enunciado acerca do qual a pessoa expressa agrado ou desagrado (Arce, 1994; Namakforoosh, 2005).

No instrumento QPBET optou-se por construir os itens sob a forma de afirmação para respeitar a premissa acima mencionada.

Para obter o resultado da escala construída, deve-se atribuir a cada opção de resposta um valor, consoante a pergunta proposta (Arce, 1994; Namakforoosh, 2005). É adequado que se atribua um valor à opção de resposta de modo crescente (*e.g.* 1-Muito insatisfeito; 2-Insatisfeito: para demonstrar que à medida que o número aumenta, aumenta a satisfação), pois é mais intuitivo para os participantes (Arce, 1994; Namakforoosh, 2005).

A partir daqui faz-se o somatório total das respostas do sujeito (Arce, 1994; Namakforoosh, 2005). Os valores do questionário que está a ser construído variam assim entre 20 e 100, visto que o 1 é o valor mínimo e o máximo é 5, sendo ao todo 20 itens.

Likert propunha que uma escala deveria ter um conjunto inicial de itens, para que depois se pudessem analisar e seleccionar os mais adequados ao que se pretende (Namakforoosh, 2005). Para fazer esta selecção é necessária uma revisão adequada do tema que a escala foca (Arce, 1994).

O QPBET encontra-se baseado na literatura de base do constructo bem-estar no trabalho, conciliando os estudos de diversos autores conceituados na referida área. O conteúdo e a proveniência dos itens do QPBET, como serão descritos de seguida (cf. Quadro 2).

Note-se que para além dos autores mencionados no Quadro seguinte, outros foram considerados, de modo a conciliar as diferentes perspectivas, que ainda que sensivelmente distintas, complementam-se e enriquecem a operacionalização do constructo em causa. Tudo isto no sentido de construir um instrumento breve, mas completo, que avalie a percepção de bem-estar no trabalho em toda a sua complexidade e multidimensionalidade.

Quadro 2 - *Procedência e temática dos itens do QPBET*

Nº item	Conteúdo implícito	Fonte
Item 1	Satisfação com o serviço desempenhado	Resulta dos estudos de: - Van Horn et al. (2008) (componente afectiva – satisfação com o trabalho); - Paschoal e Tamayo (2008) (factores afectivos).
Item 2	Identificação com as normas da instituição	- Barros-Duarte et al. (2007) (constrangimentos organizacionais e relacionais); - Van Horn et al. (2008) (componente afectiva – comprometimento organizacional, identificação/envolvimento).
Item 3	Adequabilidade das actividades/capacidades	- Barros-Duarte et al. (2007) (características do trabalho); - Paschoal e Tamayo (2008) (factor cognitivo – realização pessoal).
Item 4	Atingir os resultados pretendidos	- Paschoal e Tamayo (2008) (factor cognitivo – realização pessoal); - Van Horn et al. (2008) (bem-estar profissional - aspiração).
Item 5	Desempenhar o trabalho que se gosta	- Paz (2004, citado por Paschoal, 2008) (valorização do trabalho); - Paschoal e Tamayo (2008) (factor cognitivo – realização pessoal).
Item 6	Condições para o desempenho do trabalho	- Barros-Duarte et al. (2007) (ambiente e constrangimentos físicos); - Warr (2007) (segurança física no trabalho).
Item 7	Adequabilidade das promoções	- Warr (2007) (oportunidade de carreira); - Van Horn et al. (2008) (bem-estar profissional - aspiração/igualdade); - Paz (2004, citado por Paschoal, 2008) (expectativa de crescimento).
Item 8	Aptidão para realizar todas as tarefas solicitadas	- Paschoal e Tamayo (2008) (factor cognitivo – ultrapassar desafios); - Van Horn et al. (2008) (bem-estar profissional – competência); - Warr (2007) (oportunidade para o uso de habilidades).
Item 9	Formação para o trabalho	- Barros-Duarte et al. (2007) (formação e trabalho).
Item 10	Mudanças frequentes no local de trabalho	- Barros-Duarte et al. (2007) (características do trabalho); - Warr (2007) (variedade do trabalho); - Van Horn et al. (2008) (cansaço cognitivo).
Item 11	Incómodos/Horário	- Barros-Duarte et al. (2007) (constrangimentos/condições de vida fora de trabalho).
Item 12	Consideração da opinião do colaborador	- Warr (2007) (oportunidade de controlo pessoal/autonomia e tomada de decisão); - Paz (2004, citado por Paschoal, 2008) (autonomia).
Item 13	Conciliação das áreas de vida	- Barros-Duarte et al. (2007) (condições de vida fora do trabalho); - Warr (2007) (metas proporcionadas pelo contexto/conflito de papéis).
Item 14	Manutenção das capacidades necessárias à função ao longo da idade	- Barros-Duarte et al. (2007) (características do trabalho); - Paschoal e Tamayo (2008) (factor cognitivo).
Item 15	Interesse em que os filhos tenham o mesmo trabalho	- Barros-Duarte et al. (2007) (características do trabalho); - Van Horn et al. (2008) (componente afectiva/comprometimento organizacional); - Paz (2004, citado por Paschoal, 2008) (orgulho de pertença).
Item 16	Relacionamento com colegas	- Warr (2007) (contacto social); - Van Horn et al. (2008) (bem-estar social/qualidade das relações).
Item 17	Relacionamento com chefias	- Warr (2007) (contacto social); - Van Horn et al. (2008) (bem-estar social/qualidade das relações).
Item 18	Remuneração	- Warr (2007) (disponibilidade de dinheiro); - Paz (2004, citado por Paschoal, 2008) (remuneração).
Item 19	Reconhecimento da instituição	- Barros-Duarte et al. (2007) (características do trabalho); - Paschoal e Tamayo (2008) (factor cognitivo); Warr (2007) (clareza do ambiente); - Paz (2004, citado por Paschoal, 2008) (suporte/reconhecimento pessoal).
Item 20	Desempenho do trabalho em geral	- Paschoal e Tamayo (2008) (factor cognitivo).

Como exposto, foi ainda tido em conta o autor Daniels (2000) e a sua proposta de avaliação do bem-estar no trabalho, pois o QPBET contempla a perspectiva hedónica, estando subentendidos afectos positivos e negativos, vejamos: no item 1 “Sinto-me satisfeito relativamente ao serviço que desempenho na instituição” quando o respondente selecciona a opção “concordo” ou “concordo muito”, indica ausência de tristeza, de possível ansiedade e de presença de um estado de alegria e de relaxamento, sendo que o mesmo ocorre nos itens 2, 3, 4, 6, 13, 15 e 20; no item 5 “No meu trabalho faço o que gosto mesmo de fazer” quando responde “concordo” ou “concordo muito” exclui a presença de tédio, o que leva a que se mantenha motivado no trabalho, sendo que o mesmo ocorre nos itens 9, 12, 16 e 17; no item 7 “Penso que as promoções na instituição são efectuadas de modo adequado”, quando o respondente selecciona a opção “discordo” ou “discordo muito” poderá ter subjacente a emoção de cólera, revolta, contrária à placidez; o item 8 “No meu serviço sinto-me apto para realizar todas as tarefas que me são pedidas” pode estar ligado ao vigor ou ao cansaço, assim como os itens 10, 11, 14, 18 e 19 (Paschoal, 2008). Note-se que alguns itens podem reflectir mais que uma emoção em simultâneo.

No QPBET é também considerada a perspectiva eudamónica exposta nos itens 1, 3, 4, 5, 8, 12, 14 e 20, visto que estes expressam a auto-realização, expressão pessoal, pressupõem presença de autonomia, de percepção de competências e do desenvolvimento das mesmas, bem como a satisfação de objectivos pretendidos (Paschoal et al., 2010). Há assim, a conjugação de aspectos afectivos e cognitivos (Dessen & Paz, 2010).

Além da conciliação destas duas correntes, no QPBET foram ainda tidas em consideração variáveis sócio-organizacionais (conteúdo e aspectos temporais do trabalho, papel na organização e relacionamentos interpessoais, desenvolvimento da carreira, remuneração, clima e estrutura organizacional) e extra-organizacionais (possibilidade de conciliação dos aspectos pessoais e do trabalho, que pode constituir-se como fonte de alívio ou pressão sobre o colaborador), ou seja, os factores psicossociais do trabalho (os factores pessoais não são considerados no QPBET, mas sim no “Questionário sócio-demográfico e clínico”) (Martinez, 2002).

Foi também tido em consideração o estudo de Siqueira e Padovam (2008), ou seja, o QPBET apresenta questões relativas às componentes propostas por estes autores, como estando no núcleo do bem-estar no trabalho, relativas à satisfação com o trabalho (8

itens: 1, 5, 7, 11, 13, 16, 17, 18), ao envolvimento com o trabalho (6 itens: 3, 4, 8, 14, 15, 20) e ao comprometimento com a instituição (6 itens: 2, 6, 9, 10, 12, 19).

Os itens relativos à satisfação no trabalho prendem-se com o facto do Auxiliar de Geriatria se sentir bem e gostar do seu trabalho, com as promoções, salários e relacionamentos (Siqueira & Padovam, 2008). Os itens relativos ao envolvimento com o trabalho referem-se às ligações positivas que tem com o seu trabalho, com o facto de se identificar ou não com o mesmo (Siqueira & Padovam, 2008). Os itens que abordam o comprometimento com a instituição estão conectados à ligação que o auxiliar tem à instituição, o quanto se identifica com ela, a preocupação e o reconhecimento por parte da instituição (Siqueira & Padovam, 2008).

A revisão e subsequente selecção dos itens foram efectuadas após a construção prévia do instrumento QPBET. Após a elaboração da versão final do questionário, este foi apresentado a 3 Psicólogos (análise de juízes - *referees*) de modo a avaliar o nível de compreensão do vocabulário utilizado e adequabilidade ao que se pretendia estudar, considerando a pertinência de cada item antes de se efectuar o estudo piloto. Este procedimento levou a que fosse possível identificar itens menos bem formulados. Os itens nesta situação foram modificados, tendo em consideração as sugestões propostas, nomeadamente algumas palavras que não eram apropriadas para todos os níveis culturais. Após esta fase o questionário ficou com 20 itens. O QPBET apresenta ainda um espaço no qual o respondente poderá efectuar algum comentário relativo à temática que o instrumento aborda.

Relativamente às instruções de preenchimento do questionário, é de referir que foram seguidos os preceitos utilizados nos demais questionários dentro da mesma temática. As instruções referem o que é pretendido enquanto opção de resposta, clarificando que o preenchimento deve ser efectuado segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos, assegurando ainda a confidencialidade e anonimato. O conteúdo apresentado no modo de preenchimento não evidenciou dificuldades quanto à sua clareza.

Os itens encontram-se formulados de modo específico e não ambíguo, sendo que se procurou evitar o fenómeno de desejabilidade social mediante questões indirectas (*e.g.* “15. No futuro, gostava que os meus filhos viessem a exercer a profissão que actualmente exerço” – se concordar, indica uma maior ligação ao trabalho e à instituição, do que se não concordar) (Rust & Golombok, 1999). O tempo médio de preenchimento do questionário é de 5 minutos.

Por fim, de salientar que parte dos resultados obtidos com o questionário concebido nesta investigação foram já alvo de apresentação científica (cf. Monteiro & Cunha, 2011a; Monteiro & Cunha, 2011b).

4.3.4. Procedimento de Recolha e de Tratamento de Dados

Numa primeira fase, a recolha de dados foi efectuada no âmbito do estudo piloto, de modo a verificar se o questionário construído era compreensível e adaptado ao tema e população em causa. Recolheram-se dados de 25 indivíduos Auxiliares de Geriatria em instituições para idosos ao acaso, de modo individual. Foram previamente efectuados os pedidos de autorização aos Directores/Provedores das instituições (cf. Anexo F).

Foi transmitido a cada um dos respondentes que a participação era voluntária e solicitado a cada um que colocasse no final do questionário o seu parecer acerca do mesmo, designadamente se verificasse necessidade de retirar ou modificar questões que não estavam compreensíveis ou adaptadas ao contexto. Dos dados decorrentes desta fase foi realizada uma análise preliminar, de modo a detectar lacunas que pudessem vir a afectar a sua adequada administração.

Após verificar que o questionário estava apto para administração no estudo final, a recolha de dados foi realizada atendendo à disponibilidade dos Auxiliares de Geriatria (horários e turnos). Foi explicado aos responsáveis por cada instituição o objectivo e o âmbito do estudo pretendido, bem como a relevância dos dados recolhidos. O pedido de recolha de dados foi efectuado de modo formal, requerendo uma assinatura de cada um dos responsáveis. Para cada instituição foi cedida uma fotocópia do pedido de autorização.

Aquando da autorização para a recolha, cada uma das responsáveis pelos Auxiliares de Geriatria (Psicólogas e Assistentes sociais) de cada instituição foram contactadas de modo a definir o melhor modo de recolha. As responsáveis pelos Auxiliares de Geriatria ficaram encarregues de lhes distribuir os questionários, sendo posteriormente entregues após preenchidos. Isto deveu-se à impossibilidade de reunir todos os Auxiliares de Geriatria em simultâneo, respeitando assim os horários de cada um deles, sem criar constrangimentos.

Ainda que os questionários apresentem uma explicação do que se pretende com a investigação, das condições de tratamento e de recolha dos dados, foi efectuado junto das responsáveis uma exposição mais exhaustiva destes aspectos, de modo a que

pudessem transmitir-lhes esta informação, como seria realizado caso fosse a própria investigadora a administrar os questionários.

Nesse sentido, foi efectuada a apresentação da investigadora e do estudo em curso, explicando que a participação no estudo seria voluntária, ou seja, só preencheria os questionários quem de facto pretendesse, sem qualquer obrigação ou penalização.

Além da participação ser voluntária, os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, logo os respondentes não poderão ser individualmente identificados. Foi solicitado que esta informação fosse também transmitida verbalmente a cada um dos participantes. Foi ainda pedido para que a administração fosse realizada de modo individual, não invadindo o espaço do respondente, de modo a que este se sentisse livre para exprimir a sua opinião, sem influência ou inibição por parte de outrem.

O contacto (endereço de e-mail e número de telefone) da investigadora foi disponibilizado de modo a que as responsáveis pelos Auxiliares de Geriatria pudessem esclarecer possíveis dúvidas. Os questionários eram devolvidos à investigadora após o aviso mediante contacto telefónico ou via e-mail, por parte das responsáveis.

Assim, nesta segunda fase o QPBET foi administrado a 204 Auxiliares de Geriatria (amostra final), juntamente com o “Questionário de Estado de Saúde – MOS SF36” e o “Questionário de dados sócio-demográficos e clínicos”. Os participantes não apresentaram dificuldades ao nível do preenchimento ou colaboração e levaram, em média, cerca de 10 minutos a preencher os questionários.

O período de recolha de dados foi de 3 meses. Os dados obtidos foram posteriormente analisados mediante o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19, com recurso a estatísticas descritivas e inferenciais, estatísticas univariadas (o coeficiente de correlação de Pearson e teste *One Way ANOVA*) e multivariadas (Análise de Regressão Linear Múltipla).

Capítulo V – Apresentação e Discussão dos Resultados

5.1. Análise e Discussão de Resultados

Com base na análise estatística dos dados recolhidos junto dos Auxiliares de Geriatria, provenientes dos dois momentos anteriormente referidos, obtiveram-se os resultados que serão seguidamente explanados. Os resultados serão apresentados com base nos objectivos pretendidos e as hipóteses propostas. Será ainda efectuada neste capítulo a discussão dos resultados, confrontando-os entre si e à luz da revisão da literatura acerca da temática em estudo.

5.1.1. Estudo Piloto

Numa primeira fase da investigação levou-se a cabo um estudo piloto pelas razões atrás mencionadas. Nesta fase foi efectuada uma análise preliminar semântica, que contemplou 25 indivíduos Auxiliares de Geriatria de diferentes escolaridades e idades.

Não foram mencionadas dificuldades ou dúvidas quanto ao preenchimento do questionário. As questões do questionário não suscitaram confusão e foram relatadas como facilmente compreensíveis e coerentes e não foram igualmente mencionadas críticas às opções de resposta.

5.1.2. Estudo Final

O estudo final ocorreu após a primeira fase ser concluída com sucesso. Nesta fase foram recolhidos dados importantes, posteriormente analisados e que são concernentes à caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra, à análise das qualidades psicométricas do QPBET (fiabilidade, validade e sensibilidade), à caracterização do bem-estar no trabalho e da percepção de saúde nos Auxiliares de Geriatria, bem como a correlação e possível causalidade entre estes dois constructos.

5.1.2.1. Análise das Qualidades Psicométricas do QPBET

Nesta análise foram tidas em consideração a validade, a fiabilidade e a sensibilidade, uma vez que se tratam das qualidades fundamentais de um instrumento psicológico.

Para estudar a validade de constructo, ou seja, se o QPBET mede o que se pretende medir (se existe relação entre o constructo e o propósito do questionário) efectuou-se a análise factorial exploratória mediante o método de extracção dos componentes principais com rotação *varimax* (Urbina, 2007).

Na matriz de correlação prévia à análise factorial verificou-se uma correlação entre os itens com uma variação de 0.30 a 0.60 (associação moderada), à excepção do item 10 (associação fraca).

Inicialmente, analisou-se o índice KMO (*Kaiser Meyer-Olkin*) e o teste de esfericidade de Bartlett para verificar se os itens eram apropriados para se efectuar a análise factorial. O teste parte de uma hipótese nula: além da correlação perfeita (relação do item consigo próprio), não existe correlação entre os itens (matriz identidade) (Martinez & Ferreira, 2010; Rust & Golombok, 1999).

O teste KMO tem um valor de 0.90, o que indica um grau de ajuste muito bom à análise factorial.

A análise do *scree plot* (cf. Gráfico 1) revela uma inflexão após a quinta componente, o que suporta a estrutura factorial de cinco componentes, tendo os restantes componentes valores próprios inferiores a 1.

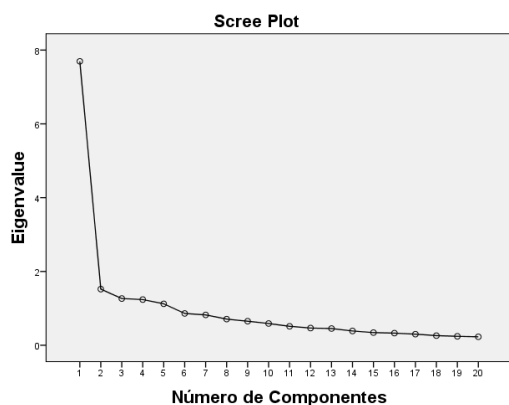


Gráfico 1 – Scree Plot Relativo ao Número de Dimensões do QPBET

Da análise factorial (cf. Quadro 3) foram extraídos 5 factores com 64,2% de variância explicada no seu todo.

O factor 1 explica 22% da variância, o factor 2 explica 15%, o factor 3 compreende 11%, o factor 4 explica 8% e o factor 5 explica 7%. O modelo factorial do questionário

poderia ser então: factor 1 - itens 3,4,5,8,9,13 e 20; factor 2 – itens 1,2,6,7,18 e19; factor 3 - 12, 16 e 17; factor 4 – itens 10 e 11 e factor 5 - itens 14 e 15.

Quadro 3 - *Análise de Componentes Principais*

	Componentes Principais				
	1	2	3	4	5
Satisfação no serviço	0,362	0,585	0,455	0,114	-0,004
Identificação com as normas	0,452	0,485	0,220	0,374	-0,258
Actividades e capacidades	0,712	0,346	0,208	0,082	0,054
Resultados esperados	0,700	0,209	0,329	0,065	0,088
O que gosta de fazer	0,694	0,424	0,118	0,121	0,086
Condições adequadas	0,193	0,531	0,417	0,133	0,143
Promoções	0,198	0,794	0,045	-0,055	0,129
Apto para as tarefas	0,810	0,217	0,099	0,145	0,088
Formação	0,687	0,272	-0,095	0,011	0,059
Mudanças	-0,119	-0,175	-0,069	0,591	0,382
Horário de trabalho	0,173	0,192	0,058	0,772	-0,116
Opinião considerada	0,223	0,253	0,418	0,364	0,067
Conciliar trabalho e vida pessoal	0,529	0,249	0,284	0,443	0,067
55 anos capacidades	0,213	0,093	0,343	0,316	0,508
Filhos mesma profissão	0,176	0,207	0,183	-0,121	0,723
Relacionamento colegas	0,034	0,053	0,836	0,030	0,145
Relacionamento chefias	0,430	0,244	0,633	-0,050	0,054
Salário	0,129	0,582	-0,070	0,198	0,571
Trabalho reconhecido	0,271	0,656	0,222	0,134	0,169
Bom desempenho	0,802	-0,155	0,226	0,018	0,196

Destes resultados, devido aos itens que os compõem, o factor 1 adquire a designação de “Adaptação e Adequação do Trabalho” (o ajustamento e a apropriação das actividades realizadas e dos resultados obtidos), o factor 2 denomina-se “Características Organizacionais” (aspectos caracterizadores do funcionamento da instituição), o factor 3 designa-se “Relacionamento Interpessoal” (relacionamento com os indivíduos da instituição), o factor 4 intitula-se “Estruturação do Trabalho” (incómodos relativos ao horário e às mudanças) e o factor 5 é o “Vínculo com a Instituição” (ligação estabelecida com a instituição empregadora).

A carga factorial de cada item foi superior a 0.30 (o máximo foi de 0.84 e o mínimo de 0.42), o que indica que cada um dos itens representa bem o factor ao qual pertence e, portanto, contribui para avaliar o constructo pretendido (Urbina, 2007).

Quanto à fiabilidade, esta indica a precisão da escala e pode ser analisada sob o ponto de vista da consistência interna do instrumento, isto é, através do *alpha* de Cronbach e das correlações entre os itens que o constituem (Urbina, 2007).

Neste âmbito apurou-se um *alpha* de Cronbach para a globalidade do instrumento de 0.90, um valor elevado que indica que o *QPBET* tem boa consistência interna, não existindo portanto redundância nos itens que o compõem. De modo mais específico, as dimensões do questionário (factores extraídos) apresentaram valores de *alpha* de Cronbach de 0.78 (“Adaptação e Adequação ao Trabalho”), 0.74 (“Características Organizacionais”), 0.36 (“Relacionamento Interpessoal”), 0.21 (“Estruturação do Trabalho”) e 0.35 (Vínculo com a Organização). Note-se que os factores que apresentam valores mais diminutos (ainda assim, relativamente satisfatórios) possuem menor número de itens, aspecto que influi na análise em causa.

Ao observar as correlações item-total para a escala completa (mediante o coeficiente de correlação de Pearson), verifica-se que os valores variam de 0.36 e 0.72, portanto, uma correlação de moderada a forte. O item 10 “Tenho de estar a adaptar-me constantemente a mudanças” apresenta uma correlação fraca com a escala total. Na análise inter-item no global verifica-se correlação entre todos os itens, embora seja fraca no item 10, 11 e 15 face aos demais itens. Analisaram-se ainda as correlações inter-item tendo em conta os 5 factores extraídos, averiguando que a dimensão “Estruturação do Trabalho” tem uma correlação fraca com as restantes, mas ainda assim existente (cf. Quadro 4). As demais dimensões apresentam entre si correlações de moderadas a fortes.

Quadro 4 – *Correlações Inter-Item em termos de Dimensões do QPBET*

Correlações Inter-Item					
	Adaptação e adequação T.	Características organizacionais	Relacionamento interpessoal	Estruturação do trabalho	Vínculo com a organização
Adaptação e adequação do T.	----	0,68**	0,54**	0,22**	0,43**
Características organizacionais	0,68**	----	0,57**	0,26**	0,47**
Relacionamento interpessoal	0,54**	0,57**	----	0,19*	0,46**
Estruturação do trabalho	0,22**	0,26**	0,19*	----	0,17*
Vínculo com a organização	0,43**	0,47**	0,46**	0,17*	----

Coefficientes de Correlação de Pearson (*p <0.05; **p <0.01)

Ao observar as correlações item-total (cf. Quadro 5), verifica-se que as dimensões extraídas e que constituem o QPBET correlacionam-se de moderada a fortemente com a escala global.

Quadro 5 – Correlações Item-Total em termos de Dimensões do QPBET

	Correlação Item-Total
Adaptação e adequação do trabalho	0,69**
Características organizacionais	0,73**
Relacionamento interpessoal	0,62**
Estruturação do trabalho	0,27**
Vínculo com a organização	0,51**

Relativamente à sensibilidade (poder de discriminação) do instrumento, esta foi analisada mediante o teste Kolmogorov – Smirnov (KS - método de distribuição normal), complementado com a análise dos valores de assimetria e curtose (Urbina, 2007). Ao analisar o teste KS verifica-se que $p < 0.05$ ($p = 0,00$), logo a distribuição não é normal, mas sim assimétrica. Considerando a assimetria e a curtose confirmam-se os dados do teste KS, visto que o valor da assimetria é de -1.037 e o valor da curtose é de 1.392 (curva não mesocúrtica) que, em conjunto, indicam assimetria.

Ao observar o histograma (cf. Gráfico 2) pode-se verificar não só a assimetria, como a orientação negativa desta, isto é, com uma inclinação para a direita, onde se encontram as opções positivas e os valores mais elevados da escala.

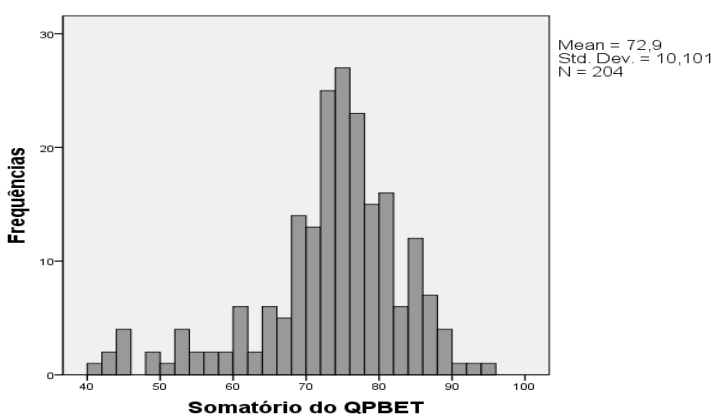


Gráfico 2 – Histograma ilustrativo da distribuição amostral

Sendo assim, este instrumento, numa primeira análise, não parece possuir boa capacidade para discriminar os sujeitos face ao constructo percepção de bem-estar no trabalho. Este resultado pode dever-se a uma elevada homogeneidade dos indivíduos inquiridos ou à tendência para responder positivamente, associada à deseabilidade social, visto que o questionário era fornecido pelos responsáveis pelos Auxiliares de Geriatria e respondido na instituição na qual estes trabalhavam. Pode, de facto, ter ocorrido este fenómeno, ainda que tenha sido explanada a impossibilidade de conhecer a identidade de cada respondente ou a ocorrência de possíveis penalizações decorrentes dos dados fornecidos no QPBET.

Do ponto de vista psicométrico, no geral, pode-se dizer que o QPBET é um bom instrumento de avaliação, espelhando os aspectos percepcionais do bem-estar no trabalho, o que possibilita a confirmação da Hipótese H1.

5.1.2.2. Caracterização do Bem-Estar no Trabalho nos Auxiliares de Geriatria

Para contemplar a percepção do bem-estar no trabalho da amostra efectuou-se uma análise da estatística descritiva, como se pode constatar pelos dados do Quadro 6.

Quadro 6 - *Percepção de Bem-estar no Trabalho nos Auxiliares de Geriatria*

Itens do QPBET	M (DP)	Mínimo	Máximo
Satisfação no serviço	4.17 (0.78)	1	5
Identificação com as normas	3.69 (0.87)	1	5
Actividades e capacidades	4.02 (0.76)	2	5
Resultados esperados	4.11 (0.70)	2	5
O que gosta de fazer	3.97 (0.94)	1	5
Condições adequadas	3.95 (0.73)	1	5
Promoções	3.35 (1.01)	1	5
Apto para as tarefas	4.15 (0.77)	2	5
Formação	3.90 (1.09)	1	5
Mudanças	2.20 (0.93)	1	5
Horário de Trabalho	3.24 (1.07)	1	5
Opinião considerada	3.56 (0.80)	1	5
Conciliar trabalho e vida pessoal	3.88 (0.77)	1	5
55 com as mesmas capacidades	3.19 (1.16)	1	5
Filhos na mesma profissão	2.33 (0.97)	1	5
Relacionamento colegas	4.15 (0.67)	2	5
Relacionamento chefias	4.12 (0.63)	2	5
Salário	2.99 (1.09)	1	5
Trabalho reconhecido	3.68 (0.83)	1	5
Bom desempenho	4.26 (0.60)	2	5

Note-se que, em termos globais, não existe uma forte concordância ou discordância nesta amostra para com nenhum dos itens do QPBET, logo, não parece existir um pleno bem-estar no trabalho em todos os Auxiliares de Geriatria com os quais se contactou.

Assim, os Auxiliares de Geriatria avaliam mais positivamente o seu bem-estar no trabalho ao nível da satisfação com o mesmo, da associação entre as capacidades e as tarefas, da própria aptidão e desempenho digno, dos resultados esperados e da qualidade dos relacionamentos interpessoais na instituição. Ou seja, parecem salientar como eles são relativamente ao trabalho e não tanto as características do trabalho em si.

Em termos de escala global, sendo que os valores do QPBET oscilam entre 20 e 100, no presente estudo o mínimo foi de 41 e o máximo de 95, com uma média de 72.9 que apontam para uma forte percepção de bem-estar no trabalho por parte dos Auxiliares de Geriatria participantes deste estudo.

À semelhança do MOS SF-36, de modo a transformar os dados brutos, subtraiu-se à média obtida em cada dimensão, a nota mínima possível e dividiu-se pela nota mínima, para de seguida se multiplicar pelo valor máximo da escala. Assim, como esperado, em termos de dimensões do QPBET nota-se que os Auxiliares de Geriatria avaliam mais positivamente o bem-estar no trabalho ao nível da dimensão “Adaptação e Adequação do Trabalho” (M=60.8) e da dimensão “Relacionamento Interpessoal” (M=59). Ficando a dimensão “Características Organizacionais” com um valor intermédio (M=52.7), sendo que as dimensões avaliadas mais negativamente são o “Vínculo com a Instituição” (M=35.2) e a “Estruturação do Trabalho” (M=34.4), ou seja, as mudanças, o horário, as mesmas capacidades aos 55 anos e o desejo de ver os filhos na mesma profissão.

É de notar que, no espaço disponibilizado no QPBET para o desenvolvimento de comentários, três participantes efectuaram as seguintes observações: “Trata-se de uma profissão mal remunerada em que não há reconhecimento do desgaste físico e muito menos do psíquico, uma vez que se efectuam diversas actividades diárias”; “Quero opinar sobre a questão da remuneração, penso que deveríamos ser melhor remunerados pelo trabalho que prestamos”; “Tendo em conta a resposta à pergunta número 14, discordo porque sei que aos 55 anos não vou ter a mesma força, nem a mesma saúde que tenho agora”. Estes comentários demonstram alguma insatisfação no trabalho por parte de alguns Auxiliares de Geriatria, ainda que a maior parte da amostra tenha respondido no sentido oposto. Estes aspectos vão de encontro ao que Guerreiro e

Rodrigues (2008) mencionam sobre o facto do reconhecimento e conseqüente salário não serem proporcionais ao empenho expendido entre os profissionais que lidam com os idosos, o que os leva a sentirem-se diminuídos e desmotivados. Esta desmotivação pode repercutir-se no entendimento da profissão como um fardo, aspecto que se manifesta quando mencionam que não desejariam esta profissão para os seus filhos (Gouveia et al., 2009).

Por outro lado, os Auxiliares de Geriatria mantêm vínculos positivos e satisfatórios com os colegas e com os seus superiores hierárquicos, aspecto que influi no bem-estar no trabalho, visto que estes são um foco de suporte (Fonseca & Moura, 2008).

Denotam uma boa relação, identificação e noção de suporte por parte da instituição na qual trabalham, demonstrando que esta se preocupa com a capacitação e desenvolvimento das capacidades dos colaboradores, o que culmina num sentimento de pertença (Kramer & Faria, 2007).

Entendem ainda que realizam o seu trabalho nas condições apropriadas, o que acaba por fazer com que o colaborador se sinta considerado e protegido, levando ao correcto desempenho da actividade (Warr, 2007). O facto de sentirem que a sua opinião é valorizada por parte da instituição reflecte o respeito e a confiança que depositam em si e nas suas competências, o que promove não só maior bem-estar no trabalho, mas também maior autonomia, motivação e empenhamento nas actividades propostas (Campos, 2010; Chiuzi, 2006; Almeida & Ferreira, 2010).

Consideram que podem desenvolver e colocar em prática as suas capacidades, acedendo aos resultados pretendidos por si e pela instituição, não sentindo que as demandas no trabalho ultrapassam as suas aptidões ou as condições fornecidas (Suehiro et al., 2008). Não parece, assim, constatar-se desmesurada sobrecarga ou pressão imposta aos Auxiliares de Geriatria, embora os mesmos entendam que estão sujeitos a constantes alterações no seu local de trabalho, aspecto que está intimamente relacionado com a variedade de tarefas e possível dificuldade na especialização nas mesmas (Warr, 2007). Ao sentirem que o trabalho não causa explícito embaraço em termos de vida pessoal, ainda que os horários de trabalho caracterizados por turnos rotativos (passíveis de alterar o equilíbrio bio-psico-social do indivíduo) não sejam um especial factor de concordância, tal aspecto anuncia que os Auxiliares se sentem bem com esse assunto, o que constitui um factor indicador de bem-estar no trabalho (Carlson et al., 2006). Sabendo que a incompatibilidade de papéis se faz sentir mais fortemente quando se tem

a cargo filhos e outras tarefas em casa, este é um elemento a ter em consideração até porque a maioria da amostra vive com companheiro/cônjuge e filhos (logo, a componente de responsabilidade familiar está presente) e se não denunciam desconforto a este nível, encontra-se presente uma importante condição do bem-estar no trabalho (Guerreiro & Rodrigues, 2008).

A remuneração, é para o grupo sócio profissional em análise, um factor de algum desconforto, ainda mais tendo em consideração o facto de que sentem que desempenham correctamente a sua função, pois o Auxiliar, como todos os colaboradores, compara o salário obtido à diligência despendida para dar resposta às exigências do seu trabalho (Paschoal, 2008).

Os Auxiliares têm também em conta a possibilidade de progredir na carreira, aspecto que parece dar a entender que não se desenrola do modo mais apropriado, logo, poderá ser um agente de desconforto no trabalho, tal como Jiménez e Hernández (2001) mencionam.

Sentir-se satisfeito com uma função que se gosta de desempenhar e na qual se sente capaz é dos primeiros passos para que se gere bem-estar no trabalho (Paschoal, 2008). Porém, os Auxiliares de Geriatria ao entenderem que não sabem se terão as capacidades necessárias para desempenhar esta função com mais idade, podem indicar que as exigências desta profissão, que se sabe ser fortemente física, aumentarão com a idade, e assim esta capacidade não se encontrará tão em pleno para dar a resposta adequada (Garrido & Menezes, 2004).

Acrescendo a este aspecto, está a opinião de que não têm forte desejo de que os seus filhos enveredem por esta profissão, sendo que esta vontade está na literatura relacionada com as características da instituição que se entendem como favoráveis ou mesmo ideais para um colaborador (*e.g.* remuneração, horários). Logo, como estes aspectos parecem constituir algum desconforto para os Auxiliares, podem também interferir na idealização deste trabalho para alguém que lhes é próximo (Guerreiro & Rodrigues, 2008).

Se estes aspectos que não geram grande concordância nos Auxiliares de Geriatria não cessarem e se tornarem permanentes, poderão fragilizá-los e mesmo causar problemas de saúde (Martinez et al., 2004). Todavia, ainda que não pareça existir um desconforto intenso, note-se que poderá estar presente ou mesmo vir a estar-se perante dois dos tipos de situações propiciadoras de doença que Levi (1998, citado por Martinez, 2002)

menciona, isto porque, existem aspectos relativos à exigência do trabalho que não são coincidentes com as capacidades actuais ou futuras dos Auxiliares, assim como uma ligeira divergência entre o que esperam e o que visualizam no trabalho.

5.1.2.3. Caracterização da Percepção da Saúde nos Auxiliares de Geriatria

Ao analisar as estatísticas descritivas relativas à percepção de saúde verificou-se que os Auxiliares de Geriatria avaliam como mais positiva a sua saúde em termos de “Desempenho Físico”, de “Desempenho Emocional”, de “Funcionamento Físico” e de “Funcionamento Social” (cf. Quadro 7).

Quanto ao item 2 que não se enquadra nas demais dimensões, verifica-se que comparativamente ao ano anterior os Auxiliares de Geriatria referem que a sua saúde se encontra aproximadamente igual ($M=3.3$), logo não parece existir uma alteração anterior ou recente que influa na percepção do estado de saúde.

Assim, no geral os Auxiliares de Geriatria não denotam influência das limitações físicas na percepção da sua saúde, nem limitações na saúde devido a problemas físicos, emocionais ou desconforto originados pela dor física, denotando a saúde actual e a resistência à doença, com níveis adequados de energia (Pais-Ribeiro, 2005).

Os dados reflectem ainda a ausência de mal-estar psicológico e a qualidade das actividades sociais e a ausência da influência dos problemas físicos e emocionais nas actividades diárias (Pais-Ribeiro, 2005). A menor percepção do estado de saúde é concernente à dimensão “Saúde Geral” ($M=63.81$), ainda que indique que avaliam a sua saúde como boa (Pais-Ribeiro, 2005).

Quadro 7 - *Percepção do Estado de Saúde nos Auxiliares de Geriatria*

Itens do MOS SF-36	M (DP)	Mínimo	Máximo
Funcionamento Físico	80.8 (21.2)	0	100
Desempenho Físico	82.0 (30.5)	0	100
Dor corporal	64.1 (22.2)	0	100
Saúde Geral	63.8 (20.5)	0	100
Vitalidade	68.9 (20.0)	0	100
Funcionamento Social	80.8 (25.3)	0	100
Desempenho Emocional	82.2 (32.7)	0	100
Saúde Mental	74.0 (19.8)	12	100

Nas duas dimensões globais, “Saúde Física” e “Saúde Mental”, que englobam as dimensões acima mencionadas, verifica-se que a “Saúde Física” (M=59.60) é avaliada mais positivamente que a “Saúde Mental” (M=55.00). Estes resultados cruzam-se com as reflexões de Matos e Albuquerque (2006) concernentes ao facto de que profissionais da área de saúde tendem a avaliar a sua saúde como positiva (devido às noções e formação essencial para exercer a função e alcançar o estado de saúde), embora estejam mais vulneráveis a ver a sua saúde mental desgastada devido às exigências destas profissões.

Ainda que sejam profissionais manuais (profissões predominantemente físicas e que geralmente levam a que se avalie a saúde de modo mais negativo) e se encontrem expostos a situações de desgaste físico e mental apresentam uma boa percepção de saúde, podendo assim estar presente uma capacidade de adaptação a situações desfavoráveis, que lhes permite efectuar a manutenção da sua saúde e influencia no modo como entendem a saúde e a doença (factores biológicos e psicológicos) (Jiménez & Hernández, 2001; Garrido & Menezes, 2004; Ross, 2010).

Refira-se que a percepção do estado de saúde não é estanque, mas sim circundada por inúmeros factores que poderão estar presentes nesta amostra de Auxiliares, sendo que alguns serão abordados no ponto 5.1.2.6. (Ross, 2010).

Analisando de um modo global pode-se dizer que os Auxiliares de Geriatria na amostra recolhida apresentam uma boa percepção do seu estado de saúde.

5.1.2.4. Correlação entre os Dados Sócio-Demográficos e Clínicos e o QPBET

No que se refere aos dados sócio-demográficos note-se que os dados relativos ao género na amostra não foram avaliados, já que os resultados são muito díspares.

Para dados ordinais (dados não paramétricos) utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e para os dados nominais utilizou-se o coeficiente de correlação de Contingência (Tabela de *Crosstabs*).

Não se verificou relação entre a idade, a escolaridade, o tempo na instituição, a frequência do turno nocturno e as dimensões do QPBET, à excepção do tempo da instituição e da dimensão “Características Organizacionais” (-0.14). Ainda que fraca, existe correlação negativa entre estas duas variáveis, que parece indicar que quando o tempo na instituição aumenta, a percepção do bem-estar no trabalho em termos de características organizacionais diminui, e vice-versa.

Assim, a percepção de bem-estar no trabalho na amostra não é influenciada por aspectos biológicos como a idade, nem pelo nível escolar, ainda que a literatura refira que com o aumento da idade e das qualificações aumente o bem-estar no trabalho (Pérez, 2010). Contudo, o facto de o Auxiliar se sentir satisfeito com a instituição, de se identificar com esta, da noção das condições, das promoções e da remuneração adequada, bem como a percepção do reconhecimento por parte da instituição diminui à medida que aumenta o tempo de permanência na instituição, o que parece indicar que à medida que o tempo passa o Auxiliar apercebe-se de aspectos deste âmbito que outrora não notava e sente-me menos concordante com estes.

Ao analisar as Tabelas *Crosstabs*, o Qui-Quadrado de Pearson e a correlação de Contingência (que permitem verificar a associação, mas não a sua força ou sentido) que dela constam, verifica-se associação significativa entre o estado civil e todas as dimensões do QPBET (oscilando os valores entre 0.00 e 0.02), à excepção da dimensão “Estruturação do Trabalho” (0.72).

Existe uma associação significativa entre o item relativo a com quem o respondente coabita e as dimensões do QPBET (entre 0.00 e 0.03), excepto no que se refere à dimensão “Estruturação do Trabalho” (0.33) e “Vínculo com a Instituição” (0.054). Estes aspectos são congruentes com a literatura que aponta para a relação existente entre o bem-estar no trabalho e as demais componentes da vida do indivíduo, nomeadamente a componente familiar (Borges & Argolo, 2002; Gouveia et al., 2009; Martinez, 2002).

Quanto às actividades exercidas com maior frequência, verifica-se o seguinte: as actividades “Cuidados de higienização e conforto dos idosos” (0.01), “Auxílio de tratamento de feridas” (0.02), “Apoio Administrativo” (0.01) e “Apoio domiciliário” (0.01) estão associadas à “Estruturação do Trabalho”; “Arranjo das roupas dos utentes” está associada ao “Relacionamento Interpessoal” (0.00).

Parece, assim, existir relação entre actividades que geralmente são entendidas como exigentes e os horários e mudanças no local de trabalho, ao passo que a actividade referente ao arranjo de roupas está mais associada ao relacionamento com os indivíduos na instituição.

Quanto aos dados clínicos nota-se que a recepção de acompanhamento médico regular está associada às “Características Organizacionais” (0.01) e à “Estruturação do Trabalho” (0.01), ou seja, há uma relação com os aspectos caracterizadores do funcionamento da instituição e com os incómodos que daí resultam, em termos de

horários e mudanças. O facto de existirem doenças físicas na família está associado ao “Vínculo com a Instituição” (0.01), o que poderá indicar que o facto de o Auxiliar de Geriatria ter conhecimento de doenças físicas na família está relacionado com a percepção de futuramente não manter as suas capacidades para o trabalho e com o desejo de os seus filhos não adoptarem o mesmo.

5.1.2.5. Correlação entre os Dados Sócio-Demográficos e Clínicos e o MOS SF-36

Ao analisar os dados sócio-demográficos relativos à idade, tempo na instituição e escolaridade e frequência do turno nocturno, verifica-se que estes encontram-se associados com algumas dimensões do MOS SF-36.

A idade encontra-se relacionada com o “Funcionamento Físico” (-0.26), com a “Saúde Geral” (-0.22), com a “Vitalidade” (-0.17) e com a “Saúde Mental” (-0.16). O tempo de trabalho na instituição está associado ao “Funcionamento Físico” (-0.39), com o “Desempenho Físico” (-0.17), com a “Saúde Geral” (-0.28) e com a “Vitalidade” (-0.17). A escolaridade está associada às dimensões “Funcionamento Físico” (0.16), “Saúde Geral” (0.23), “Vitalidade” (0.14), “Desempenho Emocional” (0.17) e com a “Saúde Mental” (0.15). A frequência do turno nocturno está associada à “Dor corporal” (-0.22).

Em jeito de discussão, verifica-se que à medida que a idade aumenta, diminuem estas componentes, logo, as limitações sentidas nas actividades, a avaliação negativa da saúde, a exaustão e o nervosismo também aumentam. Esta ilação coincide com a literatura, que indica que os mais jovens avaliam mais positivamente a sua saúde, como se constata também nesta amostra, quer em dimensões de “Saúde Física”, quer em dimensões da “Saúde Mental” (Ferreira & Santana, 2003). Do mesmo modo, à medida que o tempo na instituição aumenta as limitações sentidas nas actividades, os problemas relacionados com a saúde física, a avaliação negativa da saúde e a exaustão aumentam.

Quando o nível de escolaridade aumenta as limitações sentidas, a avaliação negativa da saúde, o cansaço, problemas emocionais que influem nas actividades e o desânimo diminuem. Tal é congruente com a literatura, ou seja, as pessoas com maior nível de escolaridade vêem mais positivamente a sua saúde, aliando-se a este o facto da formação em saúde estar relacionada com a melhor percepção de saúde (Fonseca et al., 2008; Matos & Albuquerque, 2006).

Quando aumenta a frequência dos turnos nocturnos parecem aumentar os relatos ao nível da presença de dor corporal ou limitação dela decorrente, o que coincide com o mencionado na literatura, pois os turnos nocturnos podem desregular o equilíbrio do organismo e gerar doenças (Jiménez & Hernández, 2001).

Ao analisar as Tabelas *Crosstabs* verifica-se a associação entre o estado civil e o “Funcionamento Físico” (0.00), a “Dor Corporal” (0.00) e o “Desempenho Emocional” (0.02), isto é, com a presença ou ausência de limitação na realização de todas as actividades, com a percepção de dor que seja ou não limitativa e com a restrição resultante de problemas emocionais.

O item referente a com quem vive o respondente está associado ao “Desempenho Físico” (0.00), à “Dor Corporal” (0.02) e ao “Funcionamento Social” (0.01), ou seja, com a presença ou ausência de dor ou problemas com as actividades decorrentes da saúde física e com a presença ou ausência de problemas de saúde que interfiram com o desempenho social.

A situação marital parece ser, de facto, um aspecto que está associado ao modo como um indivíduo percepção a sua saúde (Ferreira & Santana, 2003).

Relativamente às actividades mais frequentes os resultados indicam que o “Auxílio na toma da medicação” está associado ao “Funcionamento Social” (0.05); a “Alimentação de idosos” está associada à “Vitalidade” (0.01); o “Acompanhamento de idosos dentro e fora da instituição” está associado à “Vitalidade” (0.03); o “Assegurar as condições de higiene no local de trabalho e dos respectivos materiais” está associado à “Dor corporal” (0.01) e à “Saúde Mental” (0.01); a actividade “Tratar de idosos falecidos na instituição” está associada à “Dor Corporal” (0.00), à “Saúde Geral” (0.00) e à “Saúde Mental” (0.00).

Quanto aos dados clínicos, verifica-se que a recepção de acompanhamento médico regular está associada ao “Funcionamento Físico” (0.04), à “Dor Corporal” (0.00), à “Vitalidade” (0.00) e à “Saúde Mental” (0.02). O facto do Auxiliar de Geriatria ter este acompanhamento está relacionado com a percepção de dor, de limitações na realização de actividades, na energia e nervosismo percebidos.

O item “Encontra-se medicado” está associado ao “Funcionamento Físico” (0.00), ao “Desempenho Físico” (0.02), à “Saúde Geral” (0.04) e ao “Funcionamento Social” (0.01). A medicação está relacionada com a presença ou ausência de limitações na

realização de actividades e que decorram da saúde física, na avaliação geral da sua saúde e no desempenho em sociedade.

A recepção de acompanhamento psicológico está associada à “Saúde Geral” (0.00) e à “Vitalidade” (0.00). Este tipo de acompanhamento está relacionado com a avaliação geral da sua saúde e com a percepção de energia ou cansaço.

O item de doenças físicas na família está associado ao “Desempenho Físico” (0.05), à “Dor Corporal” (0.02), à “Saúde Geral” (0.02), ao “Funcionamento Social” (0.02) e ao “Desempenho Emocional” (0.00).

O facto de existirem doenças físicas na família está relacionado com a presença ou ausência de dor, com a avaliação geral de saúde, com a interferência da saúde física e emocional em actividades e em aspectos sociais.

O item de doenças psicológicas na família não tem qualquer associação, até porque existe uma reduzida percentagem de indivíduos nesta situação na amostra em causa.

5.1.2.6. Estatísticas Diferenciais ao Nível dos Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

Ainda que não se tenham presentes dois grupos distintos para efectuar uma análise de variâncias, optou-se por efectuar comparação no mesmo grupo, em termos de dados sócio-demográficos e clínicos, constituindo-se assim subgrupos amostrais para efeitos de análise estatística.

Novamente o género não foi avaliado devido à reduzida dimensão comparativa. Note-se que nem todos os subgrupos possuem o número mínimo para efectuar uma análise inferencial (daí que por vezes não se analise o teste *Post Hoc*), contudo enveredou-se por este meio de modo a verificar se existiam diferenças dentro do mesmo grupo abordado. A análise das diferenças, na ausência do *Post Hoc*, foi efectuada mediante a tabela de aspectos descritivos.

- **Variâncias relativas ao Bem-Estar no Trabalho**

Efectuou-se uma Análise de Variância *One Way ANOVA* (a um factor), com teste *Post Hoc* de *Scheffe*, que denotou ausência de diferenças significativas nas dimensões do QPBET em função das médias das idades, do estado civil e da frequência da realização do turno nocturno. Ao analisar o quadro da análise descritiva verifica-se a referida ausência de diferenças expressivas.

Do mesmo modo, não parecem existir diferenças estatisticamente significativas relativas às actividades efectuadas com maior frequência no trabalho, à excepção: da actividade “Cuidados de higienização e conforto de idosos” relativamente à dimensão “Estruturação do Trabalho” ($p=0.01$); da actividade “Auxílio na toma da medicação” face à dimensão “Adaptação e Adequação ao Trabalho” ($p=0.02$); da actividade “Auxílio no tratamento de feridas” no que se refere à dimensão “Relacionamento Interpessoal” ($p=0.00$); da actividade “Acompanhamento e transporte de idosos dentro e fora da instituição” relativamente à dimensão “Adaptação e Adequação do Trabalho” ($p=0.01$); e da actividade “Arranjo das roupas dos utentes” face à dimensão “Relacionamento Interpessoal” ($p=0.045$).

Isto indica que a percepção de bem-estar no trabalho nos Auxiliares é diferente quando a função destes são os cuidados de higiene e conforto dos idosos (em termos de mudanças constantes e incómodos relativos ao horário), quando a função é o auxílio na medicação (o ajustamento e a apropriação das actividades realizadas e dos resultados obtidos), o auxílio no tratamento de feridas (em termos do relacionamento com os indivíduos na instituição), na função de acompanhar os idosos (o ajustamento e a apropriação das actividades realizadas e dos resultados obtidos) e na actividade de arranjar as roupas dos utentes (em termos do relacionamento com os indivíduos na instituição).

Relativamente ao item “Com quem vive”, verificam-se diferenças ao nível da dimensão “Adaptação e Adequação do Trabalho” ($p=0.03$) e das “Características Organizacionais” ($p=0.01$), embora o teste *Post Hoc* não detecte quaisquer diferenças, porém isto deve-se à exigência deste tipo de teste. A percepção de bem-estar no trabalho varia em função de com que o Auxiliar vive ao nível de aspectos como a conciliação das áreas de vida e da remuneração.

Quanto ao tempo de permanência na instituição empregadora, verificam-se diferenças significativas ao nível da dimensão “Vínculo com a Instituição” ($p=0.02$), sendo que o *Post Hoc* indica que essas diferenças são entre a opção “6 a 10 anos” e “mais de 20 anos” ($p=0.045$). Os Auxiliares de Geriatria que permanecem há mais de 20 anos na instituição têm maior “Vínculo com a Instituição” do que aqueles que nela se encontram há 6 ou 10 anos.

Quanto aos dados clínicos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas: nos itens “Recebe acompanhamento médico regular” ($p=0.01$) e “Encontra-se medicado”

($p=0.02$) em termos de “Estruturação do Trabalho”; e no item “Na sua família existem doenças físicas” ($p=0.02$) face à “Adaptação e Adequação do Trabalho”.

A percepção de bem-estar no trabalho varia em função do Auxiliar ter ou não acompanhamento médico regular e medicação (no que se refere às mudanças e aos incómodos que derivam do horário de trabalho) e no facto de existirem doenças físicas na sua família (em termos do ajustamento e da apropriação das actividades realizadas e dos resultados obtidos).

• Variâncias Relativas à Percepção do Estado de Saúde

Relativamente às variâncias da percepção do estado de saúde em função dos dados sócio-demográficos, verificaram-se diferenças significativas em termos de idade face às dimensões “Funcionamento Físico” ($p=0.01$), “Saúde Geral” ($p=0.04$), “Vitalidade” ($p=0.01$) e “Saúde Mental” ($p=0.04$). Existem diferenças ao nível do estado civil face às dimensões “Funcionamento Físico” ($p=0.045$), “Desempenho Físico” ($p=0.01$) e “Desempenho Emocional” ($p=0.03$).

Atendendo à análise da estatística descritiva podem-se aceder a alguns aspectos interessantes. Assim, os Auxiliares de Geriatria com mais de 50 anos, comparativamente com os demais, apresentam maior percepção de limitações na realização de actividades físicas, avaliando a sua saúde de modo menos positivo, maior cansaço e nervosismo.

Os Auxiliares de Geriatria divorciados são os que apresentam maior percepção de limitações na realização de actividades físicas, embora sejam os separados que têm maiores problemas com as actividades, decorrentes da saúde física e de aspectos emocionais.

O item “Com quem vive” aparenta diferença ao nível da percepção de saúde no que se refere à dimensão “Funcionamento Físico” ($p=0.04$), novamente não detectado pelo *Post Hoc*, sendo que quem vive sozinho ou com outra pessoa não especificada na resposta experimenta maiores limitações na realização de actividades físicas.

Relativamente à escolaridade, verificam-se diferenças relativas ao “Funcionamento Físico” ($p=0.02$), à “Saúde Geral” ($p=0.01$), à “Vitalidade” ($p=0.03$), ao “Desempenho Emocional” ($p=0.042$) e à “Saúde Mental” ($p=0.02$), ainda que o *Post Hoc* somente detecte variância entre a escola primária (1º ciclo completo) e o ensino secundário

relativamente à “Saúde Geral” ($p=0.01$). Os Auxiliares de Geriatria com o ensino secundário apresentam uma avaliação mais positiva da sua saúde do que os que possuem o nível primário.

Quanto ao tempo na instituição existem diferenças relacionadas com o “Funcionamento Físico” ($p=0.00$) e a “Saúde Geral” ($p=0.01$), sendo que o teste *Post Hoc* indica que na primeira dimensão as diferenças são entre “de 1 a 5 anos” e “de 11 a 20” ($p=0.00$) e entre “de 6 a 10 anos” e “de 11 a 20” ($p=0.01$), ao passo que na “Saúde Geral” as diferenças localizam-se entre “menos de 1 ano” e de “de 11 a 20” ($p=0.04$). Os Auxiliares que estão na instituição há menos tempo apresentam menos limitações na realização de actividades físicas, do que aqueles que nela permanecem há mais tempo, avaliando mais positivamente a sua saúde do que estes.

Relativamente à frequência de realização do turno nocturno, evidenciam-se diferenças nas dimensões “Dor corporal” ($p=0.02$) e “Desempenho Emocional” ($p=0.03$), embora o *Post Hoc* não as detecte. Os Auxiliares de Geriatria que realizam o turno nocturno com frequência apresentam mais dores e limitações do que aqueles que não o realizam, bem como dificuldades nas actividades decorrentes de problemas emocionais (note-se que este aspecto não se verifica na opção de 3 ou mais dias por semana, talvez por não existir um numero significativo de indivíduos a realizá-lo).

Nas actividades realizadas com mais frequência apenas se verificaram diferenças ao nível da actividade “Assegurar as condições de higiene do local de trabalho e dos respectivos materiais” face às dimensões “Dor Corporal” ($p=0.02$) e “Saúde Geral” ($p=0.02$). Os Auxiliares que realizam esta actividade acusam maior presença de dor, do que os que não a realizam, sendo que também avaliam menos positivamente a sua saúde.

Nos dados clínicos apuraram-se diferenças significativas referentes ao facto de estar ou não medicado e ao acompanhamento médico regular em todas dimensões do MOS SF-36, neste último com a excepção da dimensão “Desempenho Emocional”.

Quanto ao item “Na sua família existem doenças físicas” verificaram-se diferenças significativas à excepção da “Vitalidade”.

Os Auxiliares de Geriatria que têm acompanhamento médico regular, estão medicados e têm doenças físicas na família apresentam mais limitações nas actividades físicas e problemas decorrentes da saúde física, mais dor corporal, avaliação menos positiva da

sua saúde, maior cansaço, mais interferência nas actividades sociais, dificuldades decorrentes de problemas emocionais (embora a ANOVA não detecte, pois a diferença é reduzida) e maior nervosismo.

Parece existir, portanto, a presença de factores que condicionam a “Percepção de saúde”, nomeadamente biológicos (idade), sócio-económicos (estado civil/com quem vive/escolaridade), ambientais/comportamentais (acompanhamento médico regular e medicação) e de antecedentes de saúde (doenças familiares) (Ross, 2010; Tolliver, 2007).

5.1.2.7. Correlação entre o Bem-estar no Trabalho e a Percepção de Saúde

De modo a perceber a existência de uma associação entre as dimensões do QPBET e do MOS SF-36, ou seja, entre a percepção de bem-estar no trabalho e a percepção do estado de saúde, efectuou-se uma análise de correlação de Pearson.

De acordo com o Quadro 8 verificam-se correlações de positivas fracas a moderadas e significativas entre todas as dimensões analisadas, ou seja, as dimensões relativas ao bem-estar no trabalho estão associadas às dimensões da percepção de saúde, seguindo no mesmo sentido, quando aumenta o bem-estar no trabalho aumenta a percepção de saúde e vice-versa.

Quadro 8 - Correlação entre as dimensões do QPBET e do MOS SF-36

MOS SF-36	Funcionamento Físico	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Funcionamento Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental
QPBET								
Adaptação e Adequação do Trabalho	0.23**	0.53**	0.40**	0.51**	0.42**	0.52**	0.52**	0.42**
Características Organizacionais	0.20**	0.39**	0.35**	0.52**	0.52**	0.37**	0.39**	0.46**
Relacionamento Interpessoal	0.23**	0.37**	0.31**	0.42**	0.35**	0.32**	0.33**	0.30**
Estruturação do Trabalho	0.24**	0.34**	0.35**	0.42**	0.34**	0.36**	0.28**	0.35**
Vínculo com a Instituição	0.18*	0.30**	0.34**	0.37**	0.39**	0.27**	0.31**	0.36**

Coeficientes de Correlação de Pearson (*p <0.05; **p <0.01)

Existe uma relação entre a saúde e o bem-estar no trabalho na amostra em causa. As correlações encontradas mais fortes são:

- O “Desempenho Físico” (MOS SF-36) moderada e significativamente correlacionado com a “Adaptação e Adequação do Trabalho” (QPBET). Na amostra a presença ou a ausência de problemas nas actividades derivados da saúde física estão associados ao ajustamento e à apropriação das actividades realizadas e dos resultados obtidos no local de trabalho;
- A “Saúde Geral” (MOS SF-36) moderada e significativamente correlacionada com a “Adaptação e Adequação do Trabalho” (QPBET) e com as “Características Organizacionais” (QPBET). Nos Auxiliares de Geriatria o facto de avaliarem positiva ou negativamente a sua saúde está relacionado com o ajustamento e apropriação das actividades realizadas e dos resultados obtidos no local de trabalho, bem como com os aspectos que caracterizam o funcionamento da instituição empregadora;
- A “Vitalidade” (MOS SF-36) moderada e significativamente correlacionada com as “Características Organizacionais” (QPBET). O facto de se sentirem cansados ou repletos de energia está relacionado com os aspectos que caracterizam o local de trabalho;
- O “Funcionamento Social” (MOS SF-36) moderada e significativamente correlacionado com a “Adaptação e Adequação do Trabalho” (QPBET). A possibilidade de os problemas emocionais ou físicos interferirem com as actividades sociais encontra-se associada ao ajustamento e à apropriação das actividades realizadas e dos resultados laborais;
- O “Desempenho Emocional” (MOS SF-36) moderada e significativamente correlacionado com a “Adaptação e Adequação do Trabalho” (QPBET). Nos Auxiliares de Geriatria, o facto de os problemas emocionais afectarem ou não as actividades está relacionado com o ajustamento e apropriação das tarefas e dos resultados no trabalho.

Analisando as correlações entre as dimensões do QPBET e as duas componentes globais do MOS SF-36 (Saúde Física e Saúde Mental) verificam-se correlações moderadas, sendo que as dimensões do bem-estar no trabalho que estão mais correlacionadas com a Saúde Física são o Relacionamento Interpessoal (poderá ter a ver com o auxílio e compreensão dos outros para realizar as tarefas) e a Estruturação do Trabalho. Com a Saúde Mental estão mais correlacionadas as restantes dimensões do QPBET, embora a diferença entre as relações de associação com uma e outra componente sejam mínimas. Em resumo, os dados apresentados permitem que a Hipótese H2 seja totalmente confirmada.

5.1.2.8. Análise de Regressão Linear Múltipla entre o QPBET e o MOS SF-36

Visto que a análise de regressão apenas permite analisar uma variável dependente de cada vez, foram efectuadas 8 análises de modo a verificar a possível causalidade que a literatura aponta: O “Bem-estar no trabalho” influencia a “Percepção de saúde”. Nestas análises utilizaram-se como preditores as dimensões do QPBET.

Observando a análise de regressão relativa à primeira dimensão do MOS SF-36 (“Funcionamento Físico”) verifica-se que o modelo testado, isto é, as dimensões da percepção de bem-estar no trabalho como preditores do “Funcionamento Físico”, explicam 32% da variância desta dimensão. Contudo, nem todas as preditores têm um impacto significativo na variável dependente (“Funcionamento Físico”), sendo que destas 5 dimensões do QPBET há uma que parece ter mais peso sobre a variável, ainda que fraco, como é o caso da “Estruturação do Trabalho”.

Quanto ao “Desempenho Físico”, o modelo testado explica 58% da variância desta dimensão, porém as preditoras que têm impacto significativo são a “Estruturação com o Trabalho” e a “Adaptação e Adequação ao Trabalho” (esta última tem maior impacto na variável dependente).

Relativamente à “Dor Corporal”, o modelo testado explica 51% da variância, sendo que a dimensão preditora com maior peso é a “Estruturação do Trabalho”, embora a “Adaptação e Adequação ao Trabalho” também tenha impacto significativo.

No que concerne à “Saúde Geral”, o modelo testado explica 64% da variância, sendo que as dimensões preditoras com maior impacto são a “Adaptação e a Adequação do Trabalho” e a “Estruturação do Trabalho” (a mais impactante).

Quanto à “Vitalidade”, o modelo testado explica 58% da variância, embora as dimensões que maior impacto apresentam são as “Características Organizacionais” (a que tem maior impacto) e a “Estruturação do Trabalho”.

No “Funcionamento Social”, o modelo testado explica 58% da variância, sendo as dimensões com maior peso a “Adaptação e Adequação ao Trabalho” (maior impacto) e a “Estruturação do Trabalho”.

Quanto ao “Desempenho Emocional” o modelo testado explica 55% da variância desta variável dependente. Note-se que as dimensões com maior impacto são a “Adaptação e Adequação ao Trabalho” (maior peso) e a “Estruturação do Trabalho”.

Na “Saúde Mental” verifica-se que o modelo explica 55% da variância da dimensão referida, sendo que as dimensões com maior impacto são as “Características Organizacionais” e a “Estruturação do Trabalho” (maior impacto).

Confirma-se o que a literatura refere acerca destes dois constructos, pois verifica-se que ao existir um bom relacionamento interpessoal na instituição (com reconhecimento, partilha e resultados esperados), pode contribuir para uma maior protecção no desenvolvimento de doenças, menos fadiga e mais saúde física e emocional (Alvim, 2006; Fonseca & Moura, 2008; Ryan & Deci, 2001; Tamayo & Tróccoli, 2002).

Elementos como mudanças constantes e horários complicados geram desconforto e influem na “Percepção da saúde” (Sparks et al., 2001). De facto, o bem-estar no trabalho parece condicionar a saúde nos Auxiliares de Geriatria.

Relativamente às componentes “Saúde Mental” e “Saúde Física”, verifica-se que a “Percepção de bem-estar no trabalho” revela maior impacto na “Saúde Mental” (62%) do que na “Saúde Física” (61%), sendo que na primeira as dimensões do bem-estar no trabalho mais influentes são a “Adaptação e a Estruturação do trabalho”, as “Características Organizacionais”, a “Estruturação” e o “Vínculo com a Instituição”, ao passo que as que mais influem na “Saúde Física” são a “Adaptação e a Estruturação do Trabalho”.

De um modo geral, pode-se dizer que nos Auxiliares de Geriatria a “Percepção de bem-estar no trabalho” influencia a “Percepção do estado de saúde”, no sentido em que um maior bem-estar no contexto laboral conduz a um melhor nível de saúde, sobretudo quando se considera: o impacto que as mudanças constantes e os incómodos decorrentes dos horários de trabalho têm nas limitações sentidas na realização de actividades físicas, na presença de dores, nervosismo ou depressão e na avaliação da saúde de modo geral;

o impacto do ajustamento e da adequação das tarefas e resultados no trabalho na ausência de problemas resultantes da saúde física ou emocional em aspectos diários e sociais; e o impacto dos aspectos respeitantes ao funcionamento da instituição na ausência de cansaço e exaustão.

Os Auxiliares de Geriatria têm uma actividade laboral fortemente exigente e stressante, contudo a percepção de bem-estar no trabalho, presente na amostra em estudo, poderá funcionar assim como um elemento protector destes face a estas situações, prevenindo problemas de saúde, visto que estes profissionais entendem a sua saúde como positiva (Domínguez & Aguilera, 2008; Garrido & Menezes, 2004; Menzel et al., 2004; Paulo et al., 2008; Suehiro et al., 2008).

Os dados obtidos permitem que as Hipóteses H3, H4, H5, H6 e H7 sejam totalmente confirmadas.

Capítulo VI - Conclusão

A literatura estrangeira dispõe de alguns instrumentos para a avaliação do bem-estar no trabalho, porém ao consultar a literatura nacional verificou-se a escassez de instrumentos portugueses desenvolvidos para este propósito. Assim, nesta investigação um dos objectivos passou pela construção de um instrumento que contemplasse a operacionalização das dimensões do bem-estar no trabalho (defendidas na componente teórica e focadas na percepção do próprio colaborador), com o objectivo da sua futura aplicação em diferentes contextos sócio-profissionais.

Justifica-se a construção e validação de novos instrumentos que se adequem cada vez mais à população que se pretende estudar. Existe uma dificuldade em avaliar existência e associação entre dimensões subjectivas, como é o caso da percepção de bem-estar no trabalho e da percepção de saúde, focos do presente estudo (Rebouças et al., 2007).

Os dados obtidos no presente estudo poderão vir a indicar aspectos nos quais se pode intervir para melhorar o bem-estar dos profissionais Auxiliares de Geriatria e possibilitar que o instrumento construído possa vir a ser utilizado noutras pesquisas relacionados com o bem-estar no trabalho de outras áreas profissionais. Face à amostra em estudo, no geral os Auxiliares de Geriatria da amostra fazem uma avaliação positiva do seu trabalho e das experiências neste, o que poderá conduzir a um estado de bem-estar no mesmo, salientando como aspectos menos satisfatórios as constantes mudanças no local de trabalho, os horários de trabalho, a capacidade para desempenhar a tarefa a longo prazo, a idealização deste emprego para a sua descendência, a remuneração e as promoções (Covacs, 2006; Gouveia et al., 2009).

Embora estes elementos não sejam fortemente satisfatórios, tendo em conta a amostra global parecem existir indicações de que as emoções positivas e os factores de realização pessoal (corrente hedónica e eudamónica, respectivamente) no local de trabalho são superiores e mais frequentes que as emoções negativas, produzindo bem-estar no trabalho nos Auxiliares de Geriatria que trabalham em instituições para idosos na zona norte do país, o que possibilita que desenvolvam melhor a sua função (Paschoal, 2008; Paschoal et al., 2010).

Ainda que tenham uma profissão manual que exige muito da componente física, não relatam défices ao nível da saúde, sendo que esta percepção está condicionada por factores biológicos, sócio-económicos, ambientais, comportamentais e de antecedentes

de saúde (Ross, 2010; Tolliver, 2007). Podem ainda estar presentes factores psicológicos, que não foram contemplados neste estudo, mas que poderão estar a ajudar o Auxiliar de Geriatria a lidar com o stress da sua profissão (Ross, 2010).

Estes profissionais têm uma função de extrema importância, visto que prestam um serviço fundamental à sociedade (cuidar de idosos). Preservam a individualidade dos idosos e estabelecem-se como a ponte entre os demais profissionais na instituição, os utentes e os seus familiares, satisfazendo as suas necessidades mais prementes. Constituem-se, algumas das vezes, como a única fonte de contacto social e de apoio ao idoso, logo, seguindo esta corrente de pensamento, pode-se dizer que estes profissionais têm uma actividade laboral que deve ser entendida como fundamental para a comunidade, o que por si só é um factor propiciador de bem-estar no trabalho para o colaborador, ainda que os Auxiliares de Geriatria por vezes se sintam desprestigiados, como se pode constatar através de comentários expostos e respostas relativas ao salário e promoções (Paschoal, 2008).

Respondendo à questão de investigação inicialmente proposta, pode dizer-se que o bem-estar no trabalho tem impacto na vida dos Auxiliares de Geriatria da amostra, nomeadamente na sua saúde. Os Auxiliares da amostra denotam bem-estar no trabalho e boa percepção do seu estado de saúde, o que certamente lhes permite fornecer cuidados e uma assistência adequadas à população-alvo dos seus serviços (Pérez, 2010; Sampaio et al., 2011).

Quando se tem em atenção aspectos referentes a experiências positivas no trabalho, pode-se melhorar a qualidade de vida das pessoas e prevenir doenças.

As limitações deste estudo prendem-se com o facto de poder ter ocorrido viés no preenchimento do questionário, relacionado com o desejo de aceitação social, por eventualmente considerarem que a instituição teria conhecimento dos resultados. Não se efectuou diferenciação entre géneros visto que não existiam um número de elementos do sexo masculino que permitisse efectuar comparação. O instrumento QPBET não contempla o vínculo com o público usuário dos serviços e pode não ser adequado para colaboradores informais ou que não tenham vínculo com uma instituição empregadora. Existe ainda o facto de este não ter potencial de generalização para todos os Auxiliares de Geriatria, visto que foi levado a cabo com uma amostra de conveniência, por conseguinte não representativa do total de elementos do grupo profissional estudado.

Note-se que neste estudo foram examinados factores relacionados com o ambiente e com a organização do trabalho, bem como factores extra-organizacionais, mas não foram consideradas todas as variáveis pessoais em termos de trabalho, tais como personalidade, metas pessoais, necessidades, valores, *locus* de controlo ou tipo de comportamento que poderão ser explorados em estudos futuros.

Neste sentido, propõe-se algumas sugestões para futuras investigações. Poderia ser interessante investigar que características de personalidade e expectativas profissionais estão mais associadas a um elevado bem-estar no trabalho. Poderia ser também interessante confrontar a percepção dos Auxiliares de Geriatria e a percepção dos responsáveis por estes ou a percepção dos utentes quanto ao bem-estar no trabalho dos profissionais que lhes prestam um serviço.

Sugere-se que estudos com outras populações sejam conduzidos, de modo a verificar se o questionário construído é adequado e se permite avaliar a percepção de bem-estar no trabalho desses profissionais.

Considera-se relevante o desenvolvimento de novas investigações de modo a confirmar os resultados obtidos e conferir se o instrumento QPBET representa uma mais-valia no âmbito da mensuração da percepção de bem-estar no trabalho. Espera-se que novos estudos possam contribuir para o aperfeiçoamento deste instrumento. Seria importante que se procure recriar em cada espaço de trabalho os factores de bem-estar detectados, de modo a criar profissionais mais satisfeitos, mais eficazes e saudáveis.

Constataram-se, ainda, na investigação algumas necessidades em diferentes domínios nos Auxiliares de Geriatria, aspectos esses que nos parecem passíveis de intervenção, no sentido de se poder fornecer auxílio em termos psicológicos, de modo a que este profissional possa gerir melhor as frustrações, contrariedades e limitações decorrentes do seu exercício profissional.

Este estudo analisa uma profissão acerca da qual se encontram poucos dados e contempla duas importantes vertentes da Psicologia, a área da Psicologia da Saúde e a área da Psicologia do Trabalho. A Psicologia é cada vez mais uma Ciência holística, pois é complexo o Ser Humano, o que exige que a própria Ciência o acompanhe e o estude em todas as suas inúmeras dimensões que se complementam. O Homem não é um ser divisível e porque precisamos compreender para que possamos intervir adequadamente, é indispensável que se estudem todas as partes que compõem o todo, que inevitavelmente estão interligadas e que transformam o Homem naquilo que ele é.

Referências Bibliográficas

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), 340-342.
- Albuquerque, A.S., & Tróccoli, B.T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspectos e contextos da qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado em Ciências Biomédicas não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ªed.). Coimbra: APPORT.
- Almeida, S. P., & Ferreira, M. C. (2010). O Impacto das Atitudes Frente às Mudanças Organizacionais nos Comportamentos de Cidadania. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(3), 492-503.
- Alves, S. L. (2005). A study of occupational stress, scope of practice, and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care team settings. *AANA Journal*, 73(6), 443-452.
- Alvim, M. B. (2006). A relação do homem com o trabalho na contemporaneidade: uma visão crítica fundamentada na Gestalt-Terapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 122-130.
- Araújo, D. S. M. S., & Araújo, C. G. S. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6(5), 194-203.
- Araújo, T. M., Graça, C. C., & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(4), 991-1003.
- Arce, C. (1994). *Técnicas de construcción de escalas psicológicas*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Azêdo, D. B. M. (2010). *O suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde

- Comunitária não publicada). Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.
- Bailis, D. S., Segall, A., & Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science and Medicine*, 56, 203-217.
- Barbeiro, A. P. C. (2004). *Necessidades de saúde do idoso na perspectiva do mesmo* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem não publicada). Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Barbosa, C, Pinto, J., Alvarelhão, J., Cortez, A., Lopes, F., & Martín, I. (2007). *Registos de Actuação de Auxiliares de Acção Directa em Equipamentos Gerontológicos*. Porto: UNIFAI.
- Barros, C. L. (2006). *O bem-estar subjectivo, actividade física e institucionalização em idosos* (Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto não publicada). Universidade do Porto – Faculdade de Desporto, Porto.
- Barros-Duarte, C. B., Cunha, L., & Lacomblez, M. (2007). Instrumentos de Investigação: INSAT - uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3(2), 54-62.
- Barros, J. D. S., Neto, J. M. O., Silva, S. L. B., Silva, R. S., & Silva, M. F. P. (2010). Percepção e expectativas de cuidadores no processo saúde/doença na pessoa idosa. *Revista Saúde UNG*, 4(2), 28-36.
- Basílio, M. A. (2005). *As relações entre bem-estar no trabalho e participação em programas organizacionais de promoção de saúde* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Bianchi, E. P., Scalabrin, A. C., & Penterick, E. (2006). Uma análise do bem-estar psicológico das pessoas nos ambientes organizacionais: reflexões para a gestão da qualidade de vida no trabalho. *Revista de Administração*, 6(10), 93-105.
- Borges, L. O., & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1, 17-27.

- Brough, P., & Pears, J. (2004). Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. *International Journal of Organisational Behaviour*, 8, 472-485.
- Bulik, N. O. (2005). Emotional intelligence in workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human services workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(2), 167-175.
- Camargos, M. C. S., Perpétuo, I. H. O., & Machado, C. J. (2005). Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Revista Panam Salud Publica*, 17(6), 379-86.
- Campos, H. L. (2010). *A confiança no âmbito dos relacionamentos intraorganizacionais: estudo de caso em uma empresa de condutores de Minas Gerais* (Dissertação de Mestrado em Administração não publicada). Faculdades Integradas Pedro Leopoldo, Minas Gerais.
- Cappelin, P. (2005). Conciliar vida familiar e trabalho em tempo de crise do emprego: territórios e fronteiras entre público e privado. In Araújo, C., & Scalon, M. C. (Eds.), *Gênero, família e trabalho no Brasil* (241-268). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Carlson, D. S., Kacmar, M. K., Wayne, J. H., & Grzywacz, J. G. (2006). Measuring the positive side of the work-family interface: development and validation of a work-family enrichment scale. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 131-164.
- Chakon, D. C. F. (2006). *O direito do trabalhador ao bem-estar no seu meio ambiente de trabalho* (Dissertação de Mestrado em Direito não publicada). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Chiuzi, R. M. (2006). *As dimensões da organização positiva e seus impactos sobre o bem-estar dos trabalhadores* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Conceição, L. F. S. (2010). Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Revista de Médica de Minas Gerais*, 20(1), 81-91.
- Costa, L. S. M., & Pereira, C. A. A. (2007). Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 72-80.

- Covacs, J. M. L. M. (2006). *Bem-estar no trabalho: o impacto dos valores organizacionais, percepção e suporte organizacional e percepções de justiça* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Daniels, K. (2000). Measures of five aspects of affective well-being at work. *Human Relations, 53*, 275-294.
- Daraiseh, N., Genaidy, A. M., Karwowski, W., Davis, L. S., Stambough, J., & Huston, R. L. (2003). Musculoskeletal outcomes in multiple body regions and work effects among nurses: the effects of stressful and stimulating working conditions. *Ergonomics, 46*, 1178–1199.
- Dessen, M. C., & Paz, M. G. T. (2010). Bem-estar pessoal nas organizações: o impacto de configurações de poder e características de personalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(3), 549-556.
- Dias, M. A. A. R. (2006). *Qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida* (Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto não publicada). Universidade do Porto – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Porto.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology, 54*, 403-425.
- Diener, E., Scollon, C.N. & Lucas, R.E. (2003). The evolving concept of subjective wellbeing: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 15*, 187-219.
- Domínguez, S. A. P., & Aguilera, P. I. S. (2008). *Riesgos ergonómicos en las tareas de manipulación de pacientes, en ayudantes de enfermería y auxiliares generales de dos unidades del hospital clínico de la universidad de Chile* (Dissertação de Licenciatura em Cinesiologia não publicada). Escuela de Kinesiología de la Facultad de Medicina – Universidade do Chile, Chile.
- Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms linking work and family: Clarifying the relationship between work and family constructs. *Academy of Management Review, 25*, 178-199.

- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I.L. & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*, 87, 565-573.
- Fernandes, H. M. G. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes: uma abordagem centrada no florescimento humano* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Ferreira, A., Diogo, C., Ferreira, M., & Valente, A. (2006). Construção e validação de uma Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho (Multi-Moti). *Comportamento Organizacional e Gestão*, 12(2), 187-198.
- Ferreira, M. C. (2008). A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11(1), 83-99.
- Ferreira, M. C., Silva, A. P. C., Fernandes, H. A., & Almeida, S. P. (2008). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos no trabalho (ESAFE). *Avaliação Psicológica*, 7(2), 143-150.
- Fonseca, S. A., Blank, V. L. G., Barros, M. V. G., & Nahas, M. V. (2008). Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 567-576.
- Fonseca, I. S. S., & Moura, S. B. (2008). Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Revista Electrónica Internacional de la Unión*, 15, s/p.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*, 5(8), 51-61.
- Franco, L. V. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica. *Salud Pública de México*, 44(3), 258-265.
- Franco, T., Druck, G., & Silva, E. S. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 229-248.

- Freire, J. R. C., & Tavares, M. F. L. (2004). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 9(16), 147-158.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-214.
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 835-841.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(1), 43-50.
- Gomes, K. R. O., & Tanaka, A. C. D. (2003). Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 75-82.
- Gomes, C. J. V. (2008). *O impacto das exigências emocionais no engagement: o papel do coping social como variável mediadora* (Dissertação de Mestrado em Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das Organizações não publicada). Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Gómez, M. M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Gonçalves, P. M. C. (2008). *Avaliação da qualidade de vida, relacionada com a saúde oral, dos indivíduos portadores de próteses dentárias removíveis totais e parciais* (Dissertação de Licenciatura em Medicina Dentária não publicada). Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Gouveia, V. V., Fonsêca, P. N., Lins, S. L. V., Lima, A. V., & Gouveia, R. S. V. (2008). Escala de Bem-Estar Afetivo no Trabalho (Jaws): Evidências de Validade Fatorial e Consistência Interna. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 21(3), 464-473.
- Gouveia, R. S. V., Lins, Z. M. V., Lima, T. J. S., Freires, L. A., & Gomes, A. I. A. S. B. (2009). Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista Bioética*, 17(2), 267 – 280.
- Grazziano, E. S., & Bianchi, F. E. R. (2010). Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. *Revista Eletrônica Cuatrimestral de Enfermería*, 18, 1-20.

- Guerreiro, M. D., & Rodrigues, E. A. (2008, Junho). *Qualidade do trabalho e qualidade de vida: padrões e articulações*. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Harter, J.K., Schmidt, F.L., & Keyes, C.L. (2002). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: a review of the gallup studies. In: Keyes, C.L. & Haidt, J. (Eds.), *Flourishing: The positive person and the good life*, Washington D.C.: American Psychological Association, 205-224.
- Hernandez, J. D. (2007). *Impactos da percepção de saúde organizacional no bem-estar no trabalho* (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.
- Hetzel, A. C. S. (2010). *Geropsychiatric nursing staff: role of empowerment geriatric caregiving self efficacy and emotional labor at work* (Dissertação de Mestrado em Filosofia não publicada). Virginia Commonwealth University, Virginia.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hoch, R. E. E. (2010). Antecedentes atitudinais de comportamento de cidadania organizacional percebidos em mulheres da equipe de enfermagem de um hospital público de Santa Maria. Tese de Pós-Graduação em Administração não publicada, *Universidade Federal de Santa Maria*, Santa Maria - Rio Grande do Sul, Brasil.
- Jiménez, J. F., & Hernández, M. R. (2001). Estudio comparativo de la relación existente entre a satisfacción laboral, la turnicidad y el estrés laboral. *Seguridad Laboral*, 1, 62-70.
- Júnior, G. S., & Hernandez, J. D. (2005). Bem-estar no trabalho: os estudos realizados na Universidade Federal de Uberlândia. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 9(1), 24-36.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Keyes, C. L. M., Ryff, C. D., & Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

- Kramer, G. G., & Faria, J. H. (2007). Vínculos organizacionais. *RAP - Rio de Janeiro*, 41(1), 83-104.
- Lacruz, M. G., & Lacruz, A. I. G. (2007). Percepción de la salud según sexo y edad. *Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 3, 183-195.
- Leite, A., Paúl, C., & Sequeiros, J. (2002). O bem-estar psicológico em indivíduos de risco para doenças neurológicas hereditárias de aparecimento tardio e controlos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3(2), 113-118.
- Lima, C. A., & Tocantins, F. R. (2009). Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 367-73.
- MacIntyre, S., Ford, G., & Hund, K. (1999). Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine*, 48, 89-98.
- Marco, P. F., Cítero, V. A., Moraes, E., & Martins, L. A. N. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J. Bras. Psiquiatr.*, 57(3), 178-183.
- Martinez, M. C. (2002). *Relação entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e saúde dos trabalhadores* (Dissertação de Mestrado em Saúde Ambiental não publicada). Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.
- Martinez, M. C., Paraguay, A. I. B. B., & Latorre, M. R. D. O. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 55-61.
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2010). *Análise de Dados com SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Martins, M. C. F., & Santos, G. E. (2006). Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *Psico-USF*, 11(2), 195-205.
- Matos, A. P. S., & Albuquerque, C. M. S. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647-663.

- McCann, J. (2004). Organizational effectiveness: changing concepts for changing environments. *Human Resource Planning*, 27(1), 42-50.
- McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52(4), 547-559.
- Medeiros, R. H. A. (2001). *O papel da informação adicional no bem-estar psicológico subjetivo de pacientes submetidas à mastectomia: um estudo pela melhoria no atendimento hospitalar* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica não publicada). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Melo, S. C. A. (2007). *Bem-estar subjetivo e bem-estar no trabalho: um estudo com idosos que trabalham* (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.
- Melo, P. B., Piccinini, A. M., Rosa, P. V., Rosa, L. H. T., & Garcês, S. B. B. (2008). Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 13(2), 259-274.
- Mendes, G. D., Miranda, S. M., & Borges, M. M. M. C. (2010). Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Revista Enfermagem Integrada*, 3(1), 408-421.
- Mendonça, V. S., & Menandro, M. C. S. (2010). O cuidado com a própria saúde: representações e práticas de futuros profissionais de saúde. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 8(22), 116-127.
- Mendonça, V. S., Menandro, M. C. S., & Trindade, Z. A. (2011). Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde. *Revista de Estudios Sociales*, 38, 155-164.
- Menzel, N. N., Brooks, S. M., Bernard, T. E., & Nelson, A. (2004). The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 859-867.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Monteiro, R., & Cunha, P. (2011a, Maio). *Bem-estar no trabalho e percepção de Saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país*. Comunicação apresentada no XIV Encontro

Nacional de SIOT Emprego e Coesão Social: da crise à hegemonia da globalização, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa.

Monteiro, R., & Cunha, P. (2011b, Junho). *Construir a paz no trabalho: Resultados de um estudo sobre bem-estar no trabalho e percepção de saúde em auxiliares de Geriatria*. Comunicação apresentada no I Congresso Internacional "Construir a Paz", Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Morais, P. O. I. (2010). *Avaliação da qualidade de vida e esperança em toxicodependentes infectados e não infectados com HIV* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada). Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.

Moretti, S. (2009). Qualidade de vida no trabalho X auto-realização humana. *Revista Leonardo Pós*, 3(12), 1-14.

Namakforoosh, M. N. (2005). *Metodología de la investigación* (2ªed.). México: Limusa.

Nascimento, S. H. (2006). *As relações entre inteligência emocional e bem-estar no trabalho* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.

Nascimento, J. O., & Júnior, S. G. (2008). Percepções de saúde e efetividade organizacionais: construção, validação e discriminação das medidas dos constructos. *Horizonte Científico*, 5(1), 1-29.

Noronha, A. P. P. (2002). Os Problemas Mais Graves e Mais Freqüentes no Uso dos Testes Psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 135-142.

Nübling, M., Vomstein, M., Schmidt, S. G., Gregersen, S., Dulong, M., & Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health*, 10, 1-12.

Oliveira, K. L., Noronha, A. P. P., Dantas, M. A., & Santarém, E. M. (2005). O psicólogo comportamental e a utilização de técnicas e instrumentos psicológicos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 127-135.

Oliveira, G. F., Barbosa, G. A., Souza, L. E. C., Costa, C. L. P., Araújo, R. C. R., & Gouveia, V. V. (2009). Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais. *Revista Bioética*, 17(2), 319 – 334.

- Pagani, T. C. S., & Junior, C. R. P. (2006). Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Ensaio e Ciência*, 1(1), 32-37.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde* (1ª Ed.). Coimbra: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ªed.). Porto: Legis Editora.
- Paschoal, T. (2008). *Bem-estar no trabalho: relações com suporte organizacional, prioridades axiológicas e oportunidades de alcance de valores pessoais no trabalho* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações não publicada). Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia, Brasília.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 11-22.
- Paschoal, T., Torres, C. V., & Porto, J. B. (2010). Felicidade no Trabalho: Relações com Suporte Organizacional e Suporte Social. *Revista de Administração Contemporânea*, 14(6), 1054-1072.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206-213.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Patterson, M. G., Warr, P. B., & West, M. A. (2004). Organizational climate and company productivity: the role of employee affect and employee level. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 193-296.
- Paulo, M. G., Teixeira, A. R., Jotz, G. P., Barba, M. C., & Bergmann, R. S. (2008). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva: influência do uso de próteses auditivas. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 12(1), 28-36.
- Pereira, A. L. F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1527-1534.
- Pérez, M. A. F. (2010, Novembro). *Encuesta de opinión y satisfacción laboral del personal de enfermería adscrito al equipo volante del Hospital General*

Universitario de Alicante. Comunicação apresentada nas XVI Jornadas de Enfermeria sobre Trabajos Científicos, Alicante.

- Perry, T. R. (2005). The certified registered nurse anesthetist occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal*, 73(5), 351-356.
- Peterson, M., & Wilson, J.F. (2002). The culture-work-health model and work stress. *American Journal of Health Behavior*, 26(1), 16-24.
- Pinedo, C. F. (2000). *Manuales de buenas prácticas ambientales*. Navarra: Gobierno de Navarra.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 687-707.
- Pinto, P. C. A. (2009). *Bem-estar no trabalho: um estudo com assistentes sociais* (Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional não publicada). Instituto Universitário de Lisboa: Lisboa.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Read, J. G., & Gorman, B. K. (2006). Gender inequalities in US adult health: The interplay of race and ethnicity. *Social Science & Medicine*, 62(12), 1045-1065.
- Rebouças, D., Legay, L. F., & Abelha, L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 244-250.
- Rego, A. (2009). Empregados felizes são mais produtivos. *Revista de Estudos Politécnicos*, 7(12), 215-233.
- Ribeiro, P. E., & Siqueira, M. M. M. (2008). As relações entre suporte social e bem-estar no trabalho. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, p. 525-528.
- Rocha, M. D. M. (2008). Projeto saúde do idoso institucionalizado atuação dos profissionais na atenção à saúde de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 9(1), 152-172.

- Rodrigues, R. A. P., Andrade, O. G., & Marques, S. (2001). Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(1), 7-12.
- Rohlf, I., et al. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.
- Ross, K. (2010). *Assessing differences in perceptions and actual health status: a national cross-sectional analysis* (Dissertação de Mestrado em Filosofia não publicada). Kansas State University, Kansas.
- Rust, J., & Golombok, S. (1999). *Modern psychometrics: the science of psychological assessment* (2ª ed). London: Routledge.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sakae, T. M., Padão, D. L., & Jornada, L. K. (2010). Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no Sul de Santa Catarina – UNISUL. *Revista da AMRIGS*, 54(1), 38-43.
- Sampaio, A. M. O., Rodrigues, F. N., Pereira, V. G., Rodrigues, S. M., & Dias, C. A. (2011). Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influencia sobre o ato de cuidar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(2), 590-613.
- Santos, A. F., Barbosa, R. B., Faro, S. R. S., & Júnior, A. A. (2005). Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. *Psicologia, Saúde e Doença*, 6(1), 57-67.
- Schmidt, D. R. S., & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(1), 54-60.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

- Sereicikas, J. D. (2007). *Satisfação no trabalho e otimismo em trabalhadores informais* (Dissertação de Mestrado em Psicologia e Fonoaudiologia não publicada). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Serva, M., & Andion, C. (2006). Teoria das organizações e a nova sociologia económica: um diálogo interdisciplinar. *RAE*, 46(2), 10-21.
- Sheldon, K. M., & Bettencourt, B. A. (2002). Psychological need-satisfaction and subjective well-being within social groups. *British Journal of Social Psychology*, 41, 25–38.
- Silva, J. L. L. (2006). O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, 2(1), 3-5.
- Silva, E. S., Bernardo, M. H., Maeno, M., & Kato, M. (2010a). Saúde do Trabalhador no início do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 185-186.
- Silva, E. S., Bernardo, M. H., Maeno, M., & Kato, M. (2010b). O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 187-191.
- Simon, J. G., Boer, J. B., Joung, I. M. A., Bosma, H., & Mackenbac, J. P. (2005). Perceived health: how is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*, 15(2), 200-208.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Sirgy, M.J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongsakon, R., Satitpornkul, P., Sripecth, C., & Khanthavit, A. (2006). Factors influencing health-related quality of life in chronic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*, 12(48), 7786-7791.
- Souza, G. C. (2010). *Fontes de bem-estar no trabalho e estratégias de mediação no contexto do serviço público: desafios e perspectivas para a qualidade de vida no trabalho* (Dissertação de Mestrado em Gestão Universitária não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

- Sparks, K., Faragner, B., & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489–509.
- Suehiro, A. C. B., Santos, A. A. A., Hatamoto, C. T., & Cardoso, M. M. (2008). Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do programa da saúde da família. *Boletim de Psicologia*, 58(129), 205-218.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 337-746.
- Teixeira, A. C. O., Fonseca, A. R., & Máximo, I. M. N. S. (2002). Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do Curso de Psicologia do Centro UNISAL – U.E. de Lorena. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 3(1), 16-27.
- Tolliver, R. (2007). Factors Associated with Self-Reported Health Status Among Colorado Adults. *Colorado Department of Public Health and Environment - Health Watch*, 62, 1-6.
- Torres, C. A. B. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades e ciencias sociales* (2ªed.). México: Pearson Educación.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Van Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Scheurs, P. J. G. (2004). The structure of occupational well-being: a study among dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 365–375.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-52.
- Veenhoven, R. (2000). Well-being in the welfare state, level not higher, distribution not more equitable. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2, 91-125.
- Viana, M. S., Andrade, A., Back, A. R., & Vasconcellos, D. I. C. (2010). Nível de atividade física, estresse e saúde em bancários. *Motricidade*, 6(1), 19-32.
- Vieira, I. (2010). Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 269-276.

- Vintém, J. M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 5-16.
- Warr, P. B. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilson, M. G., Dejoy, D. M., Vandenberg, R., Richardson, H. A., & McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.

ANEXOS

Anexo A - Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

*Das conhecimentos
à aluna e ao orientador.
J. Fleming
17/03/2011*

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Directora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 14 de Março de 2011

Exma. Senhora Prof. Doutora,

O projeto de Dissertação de Mestrado da aluna Rosana Filipa Nunes Monteiro "Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: Um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país" mereceu a devida aprovação.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da
Comissão de Ética



J. Fleming Torrinha



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC. 502 057 602 • Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA • [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] • [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto-Portugal • T. +351 22 507 1300 • F. +351 22 550 8269 • geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] • [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 • 4200-150 Porto - Portugal • T. +351 22 507 4630 • F. +351 22 507 4637 • R. Delfim Maia, 334 • 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 • geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida • R. Conde de Bertiandos • 4990-078 Ponte de Lima-Portugal • T. +351 258 741 026 • F. +351 258 741 412 • geral.plima@ufp.pt

Anexo B - Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho – QPBET

Questionário de Percepção de Bem-estar no Trabalho - QPBET

As questões que se seguem referem-se ao modo como realmente se sente na instituição na qual trabalha e em relação à função que desempenha. Cada frase é seguida de um conjunto de respostas possíveis: Concordo Muito, Concordo, Indiferente, Discordo e Discordo Muito.

Leia atentamente cada uma das frases e escolha a resposta que melhor descreve o que sente. De seguida, coloque uma cruz no quadrado referente à opção com a qual mais se identifica. Por favor, responda a todas as questões da forma mais honesta possível.

Toda a informação será tratada com confidencialidade e anonimato.

	Discordo Muito	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Muito
1. Sinto-me satisfeito relativamente ao serviço que desempenho na instituição					
2. Identifico-me com todas as normas e regulamentos da instituição					
3. Realizo actividades que vão de encontro às minhas capacidades					
4. No meu trabalho atinjo os resultados que pretendo					
5. No meu trabalho faço o que gosto mesmo de fazer					
6. Sinto que o meu trabalho tem as condições adequadas para eu desempenhar a minha função					
7. Penso que as promoções na instituição são efectuadas de modo adequado					
8. No meu serviço sinto-me apto para realizar todas as tarefas que me são pedidas					
9. Tive formação para exercer a função que tenho actualmente					
10. No meu serviço tenho que estar a adaptar-me constantemente a mudanças					

Continuação...	Discordo Muito	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Muito
11. Acho que o meu horário de trabalho me causa incómodos					
12. No meu serviço sinto que a minha opinião é tida em consideração					
13. Consigo conciliar a minha vida de trabalho com a minha vida pessoal					
14. Considero que aos 55 anos terei as capacidades para exercer a função que tenho actualmente					
15. No futuro, gostava que os meus filhos viessem a exercer a profissão que actualmente exerço					
16. Tenho uma boa convivência com os meus colegas					
17. Tenho uma boa convivência com os meus superiores					
18. Penso que sou bem remunerado para as funções que exerço					
19. Acho que o meu trabalho é reconhecido pelos meus superiores					
20. Sinto que desempenho correctamente a minha função					

Após o preenchimento do questionário **verifique, por favor, se respondeu a todas as questões**. Caso pretenda fazer algum comentário quanto às questões propostas, por favor, dê a sua opinião no espaço seguinte:

Caso pretenda obter mais esclarecimentos acerca do presente estudo ou informação acerca dos resultados alcançados, pode contactar o seguinte e-mail: 16540@ufp.pt.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo C - Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

As questões que se encontram de seguida visam recolher informação relativa a si, pertinente para o presente estudo “Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país”. Os dados que fornecer serão utilizados para compreender melhor como se sente no seu trabalho. Escolha apenas uma opção e coloque um círculo à volta da que melhor se adequa a si. É de grande relevância que **responda a todas as questões do modo mais sincero possível**.

O seu nome ou outros dados que permitam identificá-lo, não serão revelados, nem utilizados no estudo em causa. Não coloque o seu nome ou qualquer identificação.

Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

1. **Género:** (1) Feminino
(2) Masculino

2. **Idade:** (1) menos de 20
(2) 21 aos 30
(3) 30 aos 40
(5) 41 aos 50
(6) mais de 50

3. **Estado Civil:** (1) Solteiro(a)
(2) União de facto
(3) Casado(a)
(4) Separado (a)
(5) Divorciado (a)
(6) Viúvo (a)

4. **Com quem vive:** (1) Sozinho(a)
(2) Com os pais
(3) Com o namorado(a)
(4) Com o cônjuge/companheiro(a)
(5) Com o cônjuge/companheiro(a) e filhos
(6) Amigos/Colegas
(7) Outro

Vire a página s.f.f.

5. **Escolaridade** (último ano com aprovação):
- (1) Escola Primária/1º ciclo incompleto
 - (2) Escola Primária/1º ciclo completo
 - (3) Ciclo Preparatório/2º ciclo
 - (4) 3º Ciclo (7º ano - 9º ano)
 - (5) Ensino Secundário (10º - 12º)
 - (6) Ensino Superior
6. **Há quanto tempo trabalha na instituição:**
- (1) Menos de 1 ano
 - (2) De 1 a 5 anos
 - (3) De 6 a 10 anos
 - (4) De 11 a 20 anos
 - (5) Mais de 20 anos
7. **Com que frequência faz o turno nocturno:**
- (1) Nunca
 - (2) Raramente
 - (3) 1 dia por semana
 - (4) 2 dias por semana
 - (5) 3 ou mais dias por semana
8. **De entre as seguintes actividades, assinale as que efectua com mais frequência:**
- (1) Cuidados de higienização e conforto de idosos
 - (2) Auxílio na toma de medicação
 - (3) Alimentação de idosos
 - (4) Auxílio no tratamento de feridas
 - (5) Acompanhamento e transporte de idosos dentro e fora da instituição
 - (6) Assegurar as condições de higiene do local de trabalho e dos respectivos materiais
 - (7) Outra _____
-
9. **Recebe acompanhamento médico regular:**
- (1) Sim
 - (2) Não
10. **Encontra-se medicado:**
- (1) Sim
 - (2) Não
11. **Recebe acompanhamento psicológico:**
- (1) Sim
 - (2) Não
12. **Na sua família existem doenças físicas:**
- (1) Sim
 - (2) Não
13. **Na sua família existem doenças psiquiátricas:**
- (1) Sim
 - (2) Não

Anexo D - Questionário de Percepção de Saúde - MOS SF-36

Questionário de Percepção do Estado de Saúde - MOS SF-36

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

- Ótima ----- 1
Muito Boa ----- 2
Boa ----- 3
Razoável----- 4
Fraca ----- 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

- Muito melhor ----- 1
Com algumas melhoras ----- 2
Aproximadamente igual----- 3
Um pouco pior ----- 4
Muito pior ----- 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua Saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D. Subir vários lanços de escadas	1	2	3
E. Subir um lanço de escada	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 km	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se sozinho	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras actividades	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou noutras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou noutras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada -----	1
Pouco -----	2
Moderadamente -----	3
Bastante -----	4
Imenso -----	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas -----	1
Muito fracas -----	2
Ligeiras -----	3
Moderadas -----	4
Fortes -----	5
Muito fortes -----	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada -----	1
Pouco -----	2
Moderadamente -----	3
Bastante -----	4
Imenso -----	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua Saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre ----- 1
A maior parte do tempo ----- 2
Algum tempo ----- 3
Pouco tempo ----- 4
Nunca ----- 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes informações

(Por favor assinale um número em cada linha)	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente Falso
A. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha Saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha Saúde é óptima	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo E - Autorização para administração do MOS SF-36

Pedido de autorização do instrumento SF36 [Caixa de entrada](#)

★ [Rosana Filipa Nunes Monteiro](#) 16 de Dezembro de 2010 1

★ [José Luis Pais Ribeiro](#) <jlpr@fpce.up.pt> 17 de Dezembro de 2010 0

Responder a: jlpr@fpce.up.pt

Para: Rosana Filipa Nunes Monteiro <16540@ufp.edu.pt>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Autorizo a utilização portuguesa que estudei do MOS-SF-36

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

[-Mostrar citação-](#)

> --

> This message has been scanned for viruses and

> dangerous content by MailScanner, and is

> believed to be clean.

>

>

--

Anexo F - Autorizações das Instituições para idosos para o desenvolvimento do estudo

Porto, 12 de Fevereiro de 2011

Exma. Direcção da Santa Casa da Misericórdia de Resende

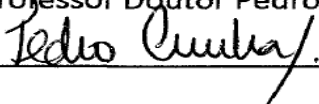
No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação do Professor Doutor Pedro Cunha, a discente Rosana Monteiro encontra-se a elaborar a dissertação de mestrado acerca do bem-estar no trabalho e saúde, intitulada de "Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país". Nesse sentido, vimos por este meio solicitar a colaboração e autorização de V. Exa. para efectuar a recolha de dados na referida instituição para a elaboração do presente estudo.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato.


Agradecemos desde já a sua atenção e disponibilidade. Estaremos ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente surja.

Com os melhores cumprimentos,

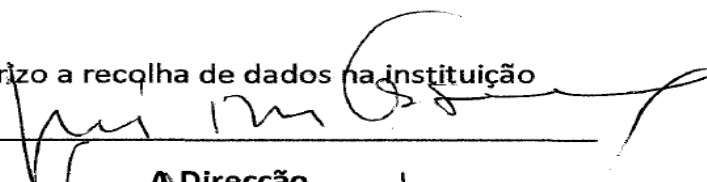
Orientador: Professor Doutor Pedro Cunha

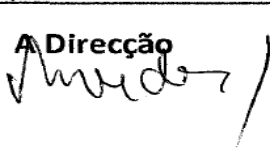


Discente: Rosana Monteiro.



Autorizo a recolha de dados na instituição



A Direcção


Porto, 4 de Fevereiro de 2011

Exma. Direcção DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MESÃO FRIO

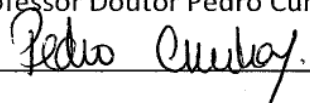
No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação do Professor Doutor Pedro Cunha, a discente Rosana Monteiro encontra-se a elaborar a dissertação de mestrado acerca do bem-estar no trabalho e saúde, intitulada de "Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país". Nesse sentido, vimos por este meio solicitar a colaboração e autorização de V. Exa. para efectuar a recolha de dados na referida instituição para a elaboração do presente estudo.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Agradecemos desde já a sua atenção e disponibilidade. Estaremos ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente surja.

Com os melhores cumprimentos,

Orientador: Professor Doutor Pedro Cunha



Discente: Rosana Monteiro.



Autorizo a recolha de dados na instituição



A Direcção

Porto, 12 de Fevereiro de 2011

Exma. Direcção da CECAJUVI

No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação do Professor Doutor Pedro Cunha, a discente Rosana Monteiro encontra-se a elaborar a dissertação de mestrado acerca do bem-estar no trabalho e saúde, intitulada de “Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país”. Nesse sentido, vimos por este meio solicitar a colaboração e autorização de V. Exa. para efectuar a recolha de dados na referida instituição para a elaboração do presente estudo.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Agradecemos desde já a sua atenção e disponibilidade. Estaremos ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente surja.

Com os melhores cumprimentos,

Orientador: Professor Doutor Pedro Cunha

Pedro Cunha

Discente: Rosana Monteiro.

Rosana Monteiro

Autorizo a recolha de dados na instituição



Porto, 4 de Fevereiro de 2011

Exma. Direcção do Centro Social de Santa Cruz do Douro

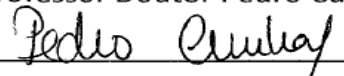
No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação do Professor Doutor Pedro Cunha, a discente Rosana Monteiro encontra-se a elaborar a dissertação de mestrado acerca do bem-estar no trabalho e saúde, intitulada de "Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país". Nesse sentido, vimos por este meio solicitar a colaboração e autorização de V. Exa. para efectuar a recolha de dados na referida instituição para a elaboração do presente estudo.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato.

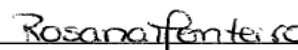
Agradecemos desde já a sua atenção e disponibilidade. Estaremos ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente surja.

Com os melhores cumprimentos,

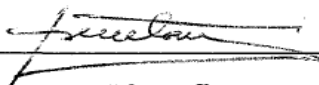
Orientador: Professor Doutor Pedro Cunha



Discente: Rosana Monteiro.



Autorizo a recolha de dados na instituição



A Direcção

Porto, 12 de Fevereiro de 2011

Exma. Direcção da Santa Casa da Misericórdia de Baião

No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação do Professor Doutor Pedro Cunha, a discente Rosana Monteiro encontra-se a elaborar a dissertação de mestrado acerca do bem-estar no trabalho e saúde, intitulada de “Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país”. Nesse sentido, vimos por este meio solicitar a colaboração e autorização de V. Exa. para efectuar a recolha de dados na referida instituição para a elaboração do presente estudo.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato.


Agradecemos desde já a sua atenção e disponibilidade. Estaremos ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente surja.

Com os melhores cumprimentos,

Orientador: Professor Doutor Pedro Cunha



Discente: Rosana Monteiro.



Autorizo a recolha de dados na instituição


_____ **A Direcção**

"Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos
na zona norte do país"

Porto, 29 de Março de 2011

Exma. Direcção da Santa Casa da Misericórdia do Peso da Régua

No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação do Professor Doutor Pedro Cunha, a discente Rosana Monteiro encontra-se a elaborar a dissertação de mestrado acerca do bem-estar no trabalho e saúde, intitulada de "Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: um estudo realizado com auxiliares de geriatria em instituições para idosos na zona norte do país". Nesse sentido, vimos por este meio solicitar a colaboração e autorização de V. Exa. para efectuar a recolha de dados na referida instituição para a elaboração do presente estudo.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Agradecemos desde já a sua atenção e disponibilidade. Estaremos ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente surja.

Com os melhores cumprimentos,

Orientador: Professor Doutor Pedro Cunha

Pedro Cunha

Discente: Rosana Monteiro.

Rosana Monteiro

Autorizo a recolha de dados na instituição

[Assinatura]

