

Maribel da Silva Magina

Saúde e Bem-estar em Psicólogos e variáveis profissionais: Um estudo exploratório

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2018

Maribel da Silva Magina

Saúde e Bem-estar em Psicólogos e variáveis profissionais: Um estudo exploratório

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2018

Maribel da Silva Magina

Saúde e Bem-estar em Psicólogos e variáveis profissionais: Um estudo exploratório

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Dra. Sónia Alves.

Assinatura:

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2018

Resumo

No exercício das suas funções, os profissionais de saúde são constantemente confrontados com situações que colocam em causa a sua própria saúde e o seu bem-estar emocional. Ao longo da investigação que efetuamos e que deu origem ao presente estudo, fica clara, do ponto de vista bibliográfico, a evidência de que a vida pessoal dos indivíduos está intrinsecamente relacionada com a sua atividade profissional e, portanto, é afetada pelos momentos negativos que se vivem durante o desempenho de funções.

Partindo desta constatação, e tendo em conta a profissão de Psicólogo, intentamos caracterizar qual o impacto da atividade profissional na saúde e no bem-estar destes profissionais e identificamos as situações do trabalho e as dificuldades que estas situações representam para os profissionais, com vista a caracterizar o estado de saúde no trabalho bem como os níveis gerais de bem-estar dos trabalhadores.

A partir de um estudo empírico de carácter quantitativo e exploratório e com vista a caracterizar os níveis de saúde e de bem-estar em psicólogos, bem como a explorar as variáveis relacionadas com o trabalho que possam impactar neste bem-estar elegemos como instrumentos o Inquérito Saúde e Trabalho (Insat) e a versão portuguesa da Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF), foi ainda considerado, como meio de recolha de dados, um questionário sócio - demográfico.

Com base nos resultados obtidos foi possível concluir que os fatores que concorrem em maior grau para a perturbação do bem-estar dos psicólogos é a necessidade de dar resposta às dificuldades e sofrimento do outro, bem assim como a implicação profissional que lhes demanda a simulação de boa disposição e empatia e que lhes propõem que escondam as suas próprias emoções.

Palavras – Chave: Saúde; bem-estar emocional; psicólogos; vínculos profissionais.

Abstract

Health professionals, in the performance of their professional duties, are constantly confronted with situations that call into question their own health and emotional well-being. Throughout the research that we have undertaken and which gave rise to this study, it became clear, from the bibliographic point of view, the evidence that the personal life of individuals is intrinsically related to their professional activity and, therefore, is affected by the negative moments that they live during their working hours.

Based on this observation, and taking into account the profession of Psychologist, we try to characterize the impact of the professional activity on the health and well-being of these professionals and identify the work situations and the difficulties that these situations represent for professionals, having as main objective the characterization of the state of health at work as well as the general levels of well-being of these workers.

From an quantitative and exploratory study and according to the aim to characterize the levels of health and well-being in psychologists, as well as to explore the variables related to the work that may impact on this well-being we choose as instruments the o Inquérito Saúde e Trabalho (Insat), the Portuguese version of the Continuum of Mental Health Scale (MHC-SF) and a socio-demographic questionnaire was also considered as a means of collecting data.

Based on the results obtained it was possible to conclude that the factors that compete to a greater degree for the disturbance of the well-being of psychologists' is the need to respond to the difficulties and suffering of the other, as well as the professional implication that demands the simulation of good disposition and empathy which obliges them to hide their own emotions.

Keywords: Health; emotional well-being; psychologists; professional links

Agradecimentos

Existem algumas pessoas que foram fundamentais para a realização desta jornada, pessoas que me apoiaram incondicionalmente, que me incentivaram sempre que fracassava, pessoas que me fizeram rir, pessoas que acreditaram em mim, pessoas que por tudo isto e mais, gostaria de expressar a minha gratidão.

Quero agradecer à minha orientadora Prof. Doutora Sónia Alves, pela sua disponibilidade e pelos momentos de aprendizagem e partilha, confiança e segurança. Agradeço-lhe com imensa consideração e admiração.

Para ti, Mãe, o maior obrigado de sempre, por me transmitires essa tua força e por me apoiares incondicionalmente. Por estares longe mas sempre bem perto e bem presente no meu coração tornando-me na pessoa que hoje sou... Obrigado!

Um enorme agradecimento ao meu pai pelo amor incondicional, pelo sacrifício que fez para eu realizar esta etapa na minha vida e pelos valores que me transmitiu desde sempre.

Um obrigado á minha Prima Marisa por estar sempre do meu lado e acreditar em mim e nas minhas capacidades. Obrigado por me ajudar a não desistir e cujo apoio foi primordial para a conclusão desta etapa.

Agradeço ainda aos meus avós por estarem permanentemente do meu lado, encorajando-me e fazendo-me acreditar que seria capaz de concluir de dar o meu melhor e finalizar esta etapa.

Por fim, agradeço ao meu namorado, pelo interesse e carinho que sempre dedicou aquilo que eu faço e que gosto, o que permitiu uma grande estabilidade emocional para a concretização deste trabalho.

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Saúde e Bem-Estar	4
1.1. Enquadramento Histórico do Conceito de Saúde	5
1.2. Saúde Mental Positiva e Bem-Estar	9
Capítulo II - Trabalho e Vínculos com a Organização	19
2.1. Papel do Trabalho	20
2.2. Perspetivas acerca dos Vínculos do Trabalho com a Organização	21
Capítulo III - Saúde e Bem-Estar em Psicólogos	26
3.1. Enquadramento Concetual do Bem- Estar no Trabalho	27
3.2. A Saúde e o Bem-Estar na Profissão Psicólogos.....	30
Capítulo IV - Enquadramento Do Estudo Empírico	38
4.1. Problemática, Pertinência e Objetivos.....	39
4.2 Método de Recolha de Dados, Amostra e Procedimentos.....	39
4.3. Instrumentos	41
Capítulo. V. Análise dos Dados e interpretação dos resultados	44
5.1. Caraterização dos Participantes	45
5.2. Caracterizar os Níveis de Bem-Estar, o estado de saúde em geral, o estado de saúde no trabalho e as exigências emocionais do trabalho dos participantes.....	51
5.3. Explorar associações entre os níveis de bem-estar, o estado de saúde em geral e as exigências emocionais do trabalho dos participantes.....	58
5.4 Discussão dos Resultados	61
5.5. Conclusão	63
Referências Bibliográficas	66

Introdução

A saúde e o bem-estar são conceitos cada vez mais importantes no âmbito do trabalho na medida em que se pressupõe que as atividades laborais afetam de forma direta as condições de saúde dos trabalhadores e são, simultaneamente, afetadas pela saúde.

A crescente conscientização desta realidade tem estado na base da realização de inúmeros estudos acerca do bem-estar no trabalho e os resultados obtidos a partir dos mesmos denotam que esta é uma temática essencial para as sociedades contemporâneas, sobretudo porque o mundo do trabalho sofreu, ao longo das últimas décadas, mudanças gradativas e muito rápidas que vieram exigir dos profissionais, agilidade, habilidade, estratégias de *coping* e muita qualificação técnica.

Trata-se de exigências que concorrem para o aumento do stresse no dia-a-dia laboral e que influenciam a saúde mental dos trabalhadores estando na origem do conceito que assumimos como fulcral para a investigação que agora apresentamos: o de bem-estar e saúde no trabalho que tem em conta a prevalência e o efeito das emoções dos indivíduos e a forma como estas podem dar origem a perturbações no seu bem-estar e também na sua produtividade.

Sendo que todas as profissões têm influência na saúde dos trabalhadores algumas, por via das suas características, parecem ter uma elevada influência ao nível da saúde mental pois colocam os profissionais em confronto com situações emocionais fortes como é o facto de ter que lidar com situações de tensão e de sofrimento alheio. No seio deste conjunto de atividades destacamos a profissão de psicólogo sendo sobre que colocaremos toda a nossa atenção.

De facto a atividade laboral destes profissionais é marcada por desafios constantes na medida em que atuam sobre a saúde das populações e convivem frequentemente com dificuldades relacionadas com a necessidade de *upgrade* profissional, com dificuldades decorrentes das exigências institucionais e mesmo com frustrações e a falta de reconhecimento, bem como vários aspetos de relacionamento com as suas equipas de trabalho, entre outros.

Tendo como objetivo caracterizar os níveis de saúde e de bem-estar em psicólogos e explorar variáveis relacionadas com o trabalho que possam impactar neste bem-estar levamos a cabo um estudo exploratório que teve como instrumentos fundamentais de investigação, na sua componente empírica, o Inquérito Saúde e Trabalho (Insat) e a versão portuguesa da Escala

Continuum de Saúde Mental (MHC-SF), foi ainda considerado, como meio de recolha de dados, um questionário sócio - demográfico.

Desta forma, foram inquiridos um total de 84 participantes, psicólogos que exercem a sua atividade profissional em diferentes áreas de intervenção da Psicologia.

A presente dissertação é assim composta por três partes fundamentais, sendo que na primeira se desenha uma abordagem teórica à temática em análise dando-se enfoque ao tema da Saúde e do Bem-estar, assim como se faz uma abordagem à temática do trabalho e dos vínculos laborais e se avalia, sob o ponto de vista da Literatura, a saúde e o bem-estar no trabalho de psicologia.

Na segunda parte do trabalho é apresentado o desenho metodológico que pautou a nossa investigação empírica, sendo apresentadas e justificadas as opções e os métodos de análise e, por fim, na terceira parte deste trabalho, são apresentados e discutidos os resultados obtidos, bem como se traça uma conclusão geral de toda a investigação. Da mesma conclusão destaca-se a ideia de que as exigências emocionais têm uma relação direta com a perturbação do bem-estar e da saúde dos psicólogos.

Enquadramento Teórico

Capítulo I - Saúde e Bem-Estar

1.1. Enquadramento Histórico do Conceito de Saúde

O conceito de saúde é complexo uma vez que reflete, em si mesmo, a conjuntura social, económica, política e cultural em que se analisa e pressupõe, para o seu cabal entendimento, a análise apartada de várias outras estruturas sociais, económicas, políticas e culturais, sendo que, desta primeira e óbvia observação, sobressai uma das suas principais particularidades: a de que a saúde não é entendida por todas as pessoas, em todos os lugares do mundo, da mesma maneira (Scliar, 2007).

Em Portugal, e em vários países europeus e ocidentais, o conceito de saúde, considerado do ponto de vista oficial, é aquele que a Organização Mundial de Saúde (OMS) assina e onde esta é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades” (Constitution Of the WHO, 2006). No entanto, este conceito traz a lume contestações de várias ordens, nomeadamente aquela que se prende com a dificuldade em definir concretamente o bem-estar (Segre, 1997) e que nos leva a considerar o facto de que, tal como afirma Scliar (2007), “a saúde (...) dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de conceções científicas, religiosas, filosóficas” (p. 30).

Ainda a partir da observação da definição avançada pela OMS (1946) é possível determinar que a saúde é entendida em função de um oponente, a doença, mas também este conceito é, e tem sido ao longo da história da humanidade, considerado difuso, difícil de explicar. É por isso que as primeiras referências que lhe foram feitas pelo homem apontavam para “castigos divinos”, resultado da ação de forças alheias ao organismo humano em sinal de cólera dos deuses e meio de débito dos pecados (Scliar, 2007). Na verdade esta mentalidade de que as doenças, sobretudo as infecciosas, eram sinal de desobediência aos mandamentos de Deus, só há poucas décadas deixou de vigorar em alguns países e continua a ser assumida como uma clara mensagem do “céu” em vários pontos do planeta. A lepra, a tuberculose e, mais recentemente, o HIV são exemplos evidentes da perpetuação da mentalidade pré-histórica que confina a doença, a falta de saúde, à necessidade de pagamento de pecados ou à atribuição de maldições por parte de forças ocultas (Scliar, 2007).

As sucessivas tentativas da humanidade em justificar a doença podem ser entendidas como interpretações da falta de saúde, portanto da saúde, e são a clara evidência da dificuldade que o conceito impõem. Na verdade o seu entendimento pressupõe uma pequena viagem às

abordagens de que foi sendo alvo ao longo dos tempos. A primeira, que já vimos, estava intimamente ligada ao divino e apontava tanto deuses como espíritos como os seus manipuladores. Aos homens que tinham saúde ou padeciam de doenças cabia a responsabilidade de não perturbar os espíritos ou enfurecer os deuses bem assim como lhes prestar homenagem constante em rituais e sacrifícios em ordem a manter as maleitas e a dor afastadas dos seus corpos (Feitas e Cunha, 2010).

Esta visão religiosa e mística da saúde perdurou até ao estabelecimento do império Helénico e ao desenvolvimento do trabalho de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), atualmente considerado o Pai da Medicina, que veio trazer uma interpretação racional sobre a saúde ao considerar que “a doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina, ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem, supostamente divina, reflete a ignorância humana” (citado por Scliar, 2007, p. 32).

As opiniões que Hipócrates fundamentou no texto “A doença sagrada”, tiveram como base experimental o facto dos gregos acreditarem que a cura das doenças, mais do que a execução de rituais religiosos, dependia do bom uso de plantas e de outros métodos naturais. É a ele que se deve a postulação da existência de quatro fluidos principais no corpo humano (a bile amarela, a bile negra, a fleuma e o sangue) e a ideia de que a saúde resultava do equilíbrio dos mesmos. Pela primeira vez na história da humanidade assiste-se à valorização da observação empírica e à priorização da visão epidemiológica do problema saúde-doença (Scliar, 2007).

Num outro texto escrito por Hipócrates, “Ares, Águas e Lugares”, é possível aferir que as considerações acerca da saúde que o mesmo fez ponderam também a natureza e a interferência que o meio ambiente, tem na boa manutenção da vida saudável. Estas considerações viriam a dar suporte ao conceito dos “maus ares” que ainda hoje se ouve dizer com bastante frequência.

Esta conceção de saúde aproximava-se muito daquela que, àquele tempo, vigorava, e vigora, no oriente que também tem por base a ideia de que existem forças interiores no corpo humano que, quando funcionam de forma harmoniosa, resultam em saúde. Na Medicina Tradicional Chinesa as medidas terapêuticas mais conhecidas, como a acupuntura e o *chi kung*, serviam para restaurar os fluxos de energia (Feitas e Cunha, 2010).

A idade média veio apresentar aos homens uma nova forma de entender a saúde e tendo em conta que se tratou de um tempo profundamente influenciado pela religião, esta e o seu contrário, a doença, eram interpretados em função dos atos dos homens. Recuperava-se aqui a ideia de castigo pelos pecados que os primeiros homens cultivavam e assumia-se a terapêutica da fé. Durante estes séculos das trevas o tratamento dos enfermos ficou a cargo das ordens religiosas que, no entanto, não abandonaram por completo os ensinamentos de Hipócrates, e acrescentavam à fé que cura dietas alimentares cuidadas, e conselhos acerca da contenção sexual e da importância da vida em conformidade com as leis da natureza (Feitas e Cunha, 2010).

A visão religiosa da saúde e a sua concetualização suportada na ideia de castigo/bondade divina prolongou-se até à altura em que a alquimia começou a exercer fascínio junto dos homens que forjavam a passagem do tempo das trevas para o iluminismo. No seio destes pré-renascentistas, Paracelsus (1493-1541) teve um papel importante uma vez que veio afirmar que as doenças eram o resultado da ação química de agentes externos no organismo e que esses agentes exteriores podiam ser eliminados por via da mesma química que exerciam. Por força desta crença, Paracelsus (1493-1541) tentava curar os doentes através da administração de pequenas doses de minerais e de metais, entre eles o mercúrio (Scliar, 2007).

No entanto, e apesar desta e de outras convicções que os homens do pensamento da época avançavam, a ideia de religiosidade e saúde prevalecia, sendo que a primeira tentativa real de definição do conceito de saúde foi registada apenas no século XVIII, altura em que François Xavier Bichat (1771-1802) afirmou que a saúde era o silêncio dos órgãos. Esta era, de resto, uma constatação, que tinha por base a teoria de que a saúde dos homens era extremamente dependente da qualidade e capacidade de funcionamento dos seus órgãos, agora objeto preferencial das observações anatómicas. As doenças, essas, continuavam a ser aceites com resignação, de tal forma que se escrevia nessa altura que eram estas, e não a saúde, que permitiam aos seus portadores entender a vida e aprender a aceitar a morte. Esta ideia, muito saliente no pensamento do Físico Blaise Pascal (1623-1662), viria a dar origem ao movimento romântico do desejo pela morte prematura e da ideia de que a doença refinava a arte de viver, sendo portanto a base concetual de uma época da história em que a saúde perdeu valor.

Esta aptidão pela morte mártir, que a tuberculose ajudou a propalar em pleno século XVIII, durou poucas décadas já que os avanços da ciência logo, após a Revolução Industrial,

permitiram a Louis Pasteur (1822-1895) a utilização do microscópio e, através dele, a descoberta de micro-organismos que estariam na origem de várias doenças, bem como a invenção de meios de combate aos micróbios através da administração de soros e vacinas aos pacientes. Com esta ação inovadora de Pasteur a saúde deu um passo de gigante para a sua caracterização uma vez que agora se passavam a conhecer fatores etiológicos de várias doenças e, com eles, era possível determinar processos de cura e ações preventivas. Esta alteração no modo de estar perante a saúde e a doença foi também determinante para que esta passasse a ter uma conceção social, ao invés da definição individual de que até então era alvo (Pais Ribeiro, 2005).

A partir deste período que permitiu também o desenvolvimento do estudo da epidemiologia, os Estados passaram a considerar a saúde como uma das suas obrigações dando origem à necessidade da criação de um conceito universal para a saúde, bem como ao reconhecimento da saúde como direito universal e à necessidade da sua promoção e proteção. É neste momento também que a definição de saúde proposta pela OMS (1946) ganha relevância passando esta a ser apontada como um recurso para a vida quotidiana, e mesmo um elemento fundamental para a qualidade de vida dos cidadãos. Neste contexto os indivíduos passam a ser responsabilizados pelos seus comportamentos e decisões face à sua própria vida e saúde (Pais Ribeiro, 2005).

O destaque que a saúde assume neste enquadramento histórico justifica as várias intervenções de que esta passa a ser alvo ao nível da investigação científica que procura, entre outras vertentes, ajustar-lhe uma definição concreta e assertiva. Assim, em 1993, Déjours (1993) descreve-a como “a capacidade de criar e lutar por um projeto de vida pessoal e original em direção ao bem-estar” (citado por Pestana, 2003, p. 17). Com esta definição o autor agrega à saúde um novo conceito que merece também muita atenção e que se apresenta como elemento emergente desta revolução da saúde.

Galinha e Pais Ribeiro, (2005) explicam que a proposta de inter-relação entre a saúde e o bem-estar veio possibilitar o alargamento do âmbito do conceito de saúde à psicologia na medida em que para estar bem o indivíduo tinha também que ter saúde mental. É por via desta componente que muitos autores consideraram despropositado arrefecer da discussão em torno da saúde o modelo biopsicossocial, que engloba também as variáveis como a satisfação com a vida, a felicidade e os afetos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

E é também em função desta ligação intrínseca que importa definir e contextualizar o conceito de bem-estar que, tal como o da saúde, de que é uma das suas dimensões, se revela complexo, tanto mais que a sua interpretação é apontada como sendo subjetiva (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

Segundo Harsha et al. (2016) o bem-estar pode ser definido como a “avaliação positiva que as pessoas fazem das suas vidas”¹ (p.1). Trata-se de um conceito que tem merecido atenção por parte de investigadores das mais variadas áreas do saber como os psicólogos, os cientistas que estudam as questões relacionadas com o comportamento social, os filósofos, os economistas e até mesmo políticos que com o decorrer dos anos têm vindo a introduzir o conceito e a sua implantação nos seus discursos e agendas de intervenção.

No entanto, e apesar da evolução do estado da arte que se debruça sobre esta temática, o conceito de bem-estar continua a revestir-se de complexidade e ambiguidade uma vez que não reúne pleno consenso na medida em que pode ser avaliado sob várias perspetivas (La Placa & Knight, 2014).

1.2. Saúde Mental Positiva e Bem-Estar

Uma das perspetivas em que a temática do bem-estar tem vindo a ser abordada prende-se de forma intrínseca com a saúde mental, cujo conceito teve origem na psiquiatria e no modelo biomédico que enquadrava a perspetiva psicopatológica que considera os indivíduos doentes mentais ou mentalmente saudáveis (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

Neste enquadramento o bem-estar passou a ser assumido como tal e não apenas como a consequência da ausência de psicopatologias (Trompetter, Kleine, & Bohlmeijer, 2016). Na verdade e, tendo em conta várias evidências apontadas na literatura, a psicopatologia e a saúde mental positiva não funcionam enquanto opostos mas, antes, como indicadores distintos de saúde mental, o que reveste a saúde mental positiva de uma importância significativa no âmbito das abordagens e estudos científicos (Fonte, Ferreira & Alves, 2017). Esta importância é também reafirmada pela posição assumida pela Organização Mundial de Saúde (2013) que

¹ Tradução própria a partir do original “peoples positive evaluations of their lives” (Harsha et al., 2016, p. 1)

defende que tanto a saúde mental quanto o bem-estar são elementos indispensáveis ao desenvolvimento pessoal e interpessoal dos indivíduos pelo que, sustenta a referida organização, devem ser promovidas e protegidas sob o ponto de vista social.

A perspetiva positiva da saúde mental poderá ser mais facilmente interpretada após a abordagem à definição de saúde mental em si mesma e assim temos que esta é interpretada como um “estado de bem-estar e boa performance ao nível das funções mentais” (Fonte, Ferreira & Alves, 2017, p. 58). Outros autores consideram-na como sendo uma síndrome que apresenta sintomas de sentimentos positivos e de funcionamento positivo, que se desenvolve através da concretização de medidas de bem-estar em que o indivíduo se mostra capaz de realizar as suas próprias capacidades, lidando com o stresse e os afazeres da sua vida normal e trabalhando de forma produtiva, ao mesmo tempo que consegue estabelecer relações de trabalho e de amizade com outros indivíduos e se mostra capaz de contribuir para o seu desenvolvimento ou para o desenvolvimento da sua comunidade (Keyes & Shapiro, 2004; OMS, 2005).

De acordo com a Public Health Agency of Canada² (2014), a saúde mental pode ser definida como a capacidade que cada indivíduo tem de sentir, pensar e agir com vista ao aumento da sua habilidade de disfrutar da vida e lidar com os desafios que a mesma nos propõe. Segundo a definição deste organismo promotor da saúde pública no Canadá a saúde mental é um sentimento positivo que resulta da combinação do bem-estar emocional e espiritual dos indivíduos e que tem também em conta o respeito pelos seus conceitos de cultura, equidade, justiça social, inter-relações e dignidade pessoal.

A definição apontada pela Public Health Agency of Canada (2014) apresenta muitas semelhanças com a que é defendida pela OMS (2005) e vai também de encontro ao parecer veiculado pela Victorian Health Promotion Foundation³, na Austrália, que definiu a saúde mental como sendo a personificação do bem-estar social, emocional e espiritual dos indivíduos. De acordo com esta definição a saúde mental é apontada como elemento providenciador da vitalidade que os indivíduos necessitam para levar uma vida ativa, para conquistarem os seus

² Agência Pública de Saúde do Canadá, fundada em 2004 com vista à proteção da saúde dos cidadãos canadianos através da prevenção do aparecimento de doenças crónicas, da intervenção em situações de emergência em saúde pública e do controlo de doenças infecciosas.

³ Entidade com objetivos muito similares aos da Agência Pública de Saúde do Canadá mas que se reveste de cariz privado, sendo uma Fundação a atuar na Austrália.

objetivos pessoais, profissionais e sociais, e para interagir com outros indivíduos de forma justa e respeitosa (Victorian Health Promotion Foundation, 1999).

Partindo da definição da Victorian Health Promotion Foundation, Wainer e Chesters (2000) conceitualizaram de forma simples a saúde mental, afirmando que a mesma implica a combinação de vários fatores na vida dos indivíduos, ou seja, a saúde mental é “ter dinheiro suficiente para viver, ter um lar, um emprego, bons relacionamentos e amigos e estar em segurança. A saúde mental está também dependente do sentido e do controlo que cada um tem sobre a sua vida. (...) tem, sobretudo a ver com o facto do indivíduo sentir que pertence a um lugar. A saúde mental está ainda relacionada com a capacidade de obter tratamentos e suporte para os problemas físicos e mentais, sempre que tal se mostre necessário⁴” (Wainer & Chesters, 2000, p. 141).

Na simplicidade da definição apontada por Wainer e Chesters (2000), que simultaneamente se mostra coincidente com as restantes definições apresentadas, sobressaem os elementos que fazem a ponte entre a saúde mental e a saúde mental positiva na medida em que a primeira é definida pela presença de fatores que estão relacionados com o bem-estar como o facto dos indivíduos se sentirem bem, terem felicidade, e de “funcionarem” bem ao nível de todos os aspetos das suas vidas, tendo uma auto-estima elevada, tendo um sentido e um propósito de vida, sentindo-se capazes de interagir e perceber o meio em que se inserem e também se sentirem aceites e integrados do ponto de vista social (Trompeter et al, 2016).

A saúde mental positiva é entendida como sendo vital para o indivíduo para a sua família e para a sociedade (Westerhof e Keyes, 2010) e é definida pela OMS (2001) como “um estado de bem-estar subjetivo no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades e é capaz de lidar com acontecimentos adversos no quotidiano, trabalha de forma produtiva e agradável e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (p.1).

A definição para a saúde mental positiva proposta pela OMS (2001) deixa clara a importância da sua promoção por parte dos sistemas de saúde pública, uma vez que, atuando ao nível da prevenção das doenças e da promoção da saúde, as medidas de promoção de saúde

⁴ Tradução própria a partir do original “Mental health is about having enough money to live on, having a home, a job, relationships and friends and being free from violence. It is dependent upon having a sense of meaning and control over one’s life. (...). Mental health is also about being able to obtain treatment and support for physical and mental health problems when and where you need it”.

mental positiva podem resultar em entraves ao aparecimento de problemas sociais graves como as depressões, a ansiedade e o stresse e até mesmo o suicídio (Rebblon, Brown & Keyes, 2001).

A saúde mental positiva é tanto mais importante quanto revelam as taxas apresentadas pelo Inquérito Nacional de Saúde, levado a cabo em 2014, e que apontam para 25,4% da população com 15 ou mais anos de idade a padecer de sintomas de depressão. De notar que, no nosso país se regista a terceira taxa mais elevada de perturbações de foro psiquiátrico (INE e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2015) e é também o país onde existe o maior valor de perturbações de ansiedade (Direção geral de Saúde, 2015).

Vários estudos (Steptoe et al. 2009; Kubzansky 2012; Lamers et al. 2012; Ryff 2013) dão conta da evidência de que a saúde mental positiva, promovida ao longo do tempo, pode vir a melhorar a saúde física e mental. Também Trompeter et al (2016) afirmam que a saúde mental positiva funciona como uma fonte de resiliência e de proteção contra eventuais problemas de saúde. O mesmo autor subscreve que a promoção da saúde mental positiva junto de indivíduos que padecem de doenças crónicas está associada ao aumento de taxas de sucesso de cura e recuperação dessas doenças.

Ou seja, de acordo com os autores a que nos temos vindo a reportar, e tendo em conta a revisão do estado da arte acerca das vantagens da saúde mental positiva por estes efetuada, a saúde mental positiva é, não só um elemento de resiliência e adaptação, mas também, uma peça fundamental na adaptação à vida e às circunstâncias da mesma por parte dos indivíduos. Estas constatações justificam o facto da saúde mental positiva ter vindo a ganhar espaço não só ao nível da investigação científica mas também do ponto de vista social, merecendo atenção por parte de vários governos e associações internacionais e sobretudo ao nível da prática clínica (Wood & Joseph 2010; Keyes et al. 2010; Grant et al. 2013; Lamers et al. 2015).

A saúde mental positiva oferece mecanismos de resiliência face a adversidades, sendo um desses mecanismos a auto - compaixão (Gilbert, 2009), que é de resto apontada como sendo um elemento saliente nas personalidades dos indivíduos que demonstram ter níveis elevados de saúde mental positiva, pelo que também estão menos sujeitos a sofrerem de psicopatologias (Zessin et al. 2015).

Este conceito, entendido em associação à psicologia positiva, é recente e é interpretado por Trompeter et al (2016) como estando relacionado com o conceito de compaixão pelo outro,

sendo a ele que se deve a capacidade que o indivíduo tem de ser empático e não se auto julgar em situações difíceis e de sofrimento.

Segundo Neff (2003) é também no conceito de auto compaixão, diretamente relacionado com a saúde mental positiva, que reside a capacidade que os indivíduos têm de serem bons para consigo mesmos e de terem a habilidade de serem compreensivos para eles próprios em períodos de stresse e de falhas. Ou seja, a auto compaixão é o sentimento posto ao auto - julgamento. Para além disso, o indivíduo que tem auto – compaixão é capaz de entender que o sofrimento é uma variável comum à vida humana, capaz de proporcionar crescimento por via da experiência. Keyes (2005) considera que a auto - compaixão pode ser apontada como uma força humana positiva diretamente relacionada com a saúde mental positiva, pois contribui para o desenvolvimento de recursos importantes para a saúde mental como as emoções positivas, a auto aceitação, o bom envolvimento no meio circundante e as boas relações sociais. Por outro lado várias evidências apontadas pela literatura demonstram que a auto - compaixão está relacionada com fatores intrínsecos da saúde mental positiva tais como a satisfação com vida, o otimismo, a felicidade, a sabedoria e a capacidade de iniciativa pessoal (Barnard e Curry, 2011; Zessin et al. 2015). Outros estudos reafirmam as posições atrás referenciadas ao demonstrar que este conceito é contrário e desfavorecedor do aparecimento de sentimentos negativos como a depressão, a ansiedade e o stresse (Barnard e Curry, 2011; Hofmann et al. 2012; MacBeth and Gumley 2012; Ehret et al. 2014; Muris et al. 2015).

De acordo com Keyes (2007) a auto - compaixão é um sintoma de saúde mental positiva uma vez que esta condição implica sintomas hedónicos, ou seja, que valorizam o bem-estar e o prazer como bem maior da vida, e que, portanto, se traduzem em vitalidade emocional. Tratam-se de sentimentos positivos em relação à vida e à forma de estar na vida. Para além deste sintoma o autor já havia identificado outros que se associam à saúde mental positiva sendo que os que reportam diretamente para o hedonismo são o facto do indivíduo estar regularmente alegre, de bom humor, feliz, calmo e pacífico, satisfeito e cheio de vida. De notar que tais sintomas devem ser a característica mais evidente dos indivíduos em, pelo menos, 30 dias seguidos. Ainda no contexto do hedonismo Keyes (2005) apontava como sintoma o sentir-se feliz ou satisfeito com a vida em geral e em todos os seus domínios.

Para além destes sintomas outros, que correspondem ao critério de diagnóstico funcionamento positivo, são a autoaceitação, que como vimos se integra na auto compaixão, a

aceitação social, a atualização social, o propósito de vida, a contribuição social, o domínio ambiental, a coerência social, a autonomia, as relações positivas com os outros e a integração social (Keyes, 2005).

Estes sintomas servem o propósito de avaliar a saúde a partir da integração de todos os contextos da vida dos indivíduos por forma a determinar se os indivíduos estão livres de psicopatologias e em *flourishing*, ou seja, num estado em que combinam altos níveis de bem-estar emocional com altos níveis de funcionamento psicológico e social (Keyes, 2005).

A combinação que resulta na demonstração de ausência destes sintomas, pelo contrário, pode ser evidência de que os indivíduos estão em situação de *languishing*, o que denota falhas na saúde mental e baixos níveis de bem-estar, embora não apresentem sintomas de depressão (Keyes et al, 2010). Em função destas asserções, e tal como sustentam Keyes et al. (2010), a saúde mental positiva pode ser um preditor ou um fator de risco de doença mental e a sua promoção e proteção podem reduzir a incidência da doença mental nas populações.

Tal como temos vindo a apreender ao longo do presente estudo o termo bem-estar aparece intimamente relacionado com a saúde mental positiva, sendo mesmo apontado como um reflexo deste conceito, pelo que, de seguida o vamos analisar mais aprofundadamente.

Uma ampla abordagem à literatura existente acerca do bem-estar evidência, em primeiro lugar, a complexidade do tema e dá conta da dificuldade da sua delimitação concetual, dada a diversidade de enfoques que se propõem para a temática e à falta de consenso observada acerca da sua definição (Arriagada & Salas, 2009; García-Viniegras & Benitez, 2000).

Dentre as várias abordagens observadas constata-se a existência de um consenso quase singular quanto ao facto do bem-estar ser considerado um conceito chave da definição de saúde, sendo que é também apontado como elemento essencial na definição de felicidade (Albuquerque & Lima, 2007; Siqueira & Padovam, 2008).

Uma abordagem enquadrada no âmbito da psicologia como a que foi empreendida por Ryan e Deci (2001) dá conta de que o bem-estar está relacionado com o funcionamento psicológico dos indivíduos e que reporta para a vivência de experiências positivas. A ideia de que este sentimento é suportado por realizações e experiências agradáveis é também defendida por García-Viniegras e Benitez (2000), autores que interpretam o bem-estar como experiências

que ocorrem no presente e que podem vir a ter repercussões em vivências futuras. Desta definição depreende-se que o bem-estar é o resultado da equação que se faz entre as expectativas e as realizações, que pode também ser apresentado como sendo satisfação.

Já para Gómez, Gutiérrez, Castellanos, Vergara e Pradilla, (2010) a equação de que resulta o bem-estar deve integrar também as parcelas correspondentes à medida das condições de vida dos indivíduos e ao meio que os circunda. Neri (2002) e os já referidos Siqueira e Padovam (2008) somavam também o grau de felicidade dos indivíduos e das suas potencialidades para levarem a cabo tarefas a que se proponham ou alcancem objetivos próprios. No seio desta intrincada rede de análises feitas ao bem-estar, outros autores, ainda que em concordância com estudos anteriores, apresentam novos elementos a considerar na conta do bem-estar, nomeadamente a felicidade, a qualidade de vida, a saúde mental e ainda algumas variáveis pessoais e relacionadas com o contexto de vida dos indivíduos (Ballesteros, Medina & Caycedo, 2006).

Aos olhos da psicologia, que é a área que fundamenta a presente abordagem, o bem-estar é apresentado no âmbito da sua complexidade, assim, e segundo a perspetiva de Lamarca e Vettore (2015) o bem-estar pode ser considerado como um processo que se traduz num nível elevado, ou não, de satisfação com a vida, que como já vimos é um conceito que se cruza muitas vezes com o que trazemos sob análise.

Partindo desta definição impõem-se concetualizar o conceito de satisfação com a vida mas tal tarefa só pode ser realizada quando entendida no âmbito da subjetividade e é por isso que, segundo estes autores, e outros como Galinha & Pais Ribeiro (2005), o bem-estar deve ser definido no âmbito da subjetividade. É em função desta relação que surge o conceito de bem-estar subjetivo, entendido como dimensão positiva da saúde, que integra, em simultâneo, uma componente cognitiva e uma componente afetiva (Harsha et al., 2016).

O elemento cognitivo associado ao bem-estar subjetivo diz respeito à avaliação e ao julgamento que as pessoas fazem das suas próprias vidas, considerando, nestes processos de avaliação, vários aspetos incluindo a satisfação profissional, e a satisfação com a vida. Os critérios determinados pela ciência para a avaliação do bem-estar subjetivo da vida dos indivíduos são, de resto, esses enunciados, que abordam o plano profissional e o plano pessoal das vidas de cada um (Hervás & Vásquez, 2013).

Quanto à dimensão afetiva a avaliação do bem-estar considera os estados de espírito, os sentimentos e as emoções (Harsha et al., 2016), que podem ser positivas, como a felicidade, a alegria que estão na base de emoções positivas; ou a tristeza, a raiva, o stresse que estão associados a emoções negativas. Na sua relação com as emoções positivas e negativas e com os fatores que estão na origem das mesmas depreende-se que o bem-estar subjetivo é afetado tanto por fatores internos como por fatores externos (Hervás & Vásquez, 2013).

Hupper (2009) havia já apontado esta evidência afirmando mesmo que o bem-estar subjetivo estava relacionado com uma predisposição genética e de personalidade, dando como exemplo algumas características inerentes aos indivíduos como a inteligência e o otimismo. Para além dos fatores genéticos este investigador afirmou que o bem-estar estava também relacionado com fatores demográficos, sociais, socio - económicos e de saúde, afirmando mesmo que este último, ou seja, a perceção dos indivíduos face à sua saúde, era determinante para o bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, para a própria saúde dos indivíduos.

Assim, temos que o “o bem-estar subjetivo é uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de Satisfação com a vida” (Galinha & Pais Ribeiro, 2005, p. 211). Trata-se, na opinião de Sirgy (2002) um estado afetivo que se prolonga no tempo e de que fazem parte três importantes componentes, como a experiência acumulada de afeto positivo e a experiência acumulada de afeto negativo, para além da avaliação da Satisfação com a vida global ou em domínios considerados importantes pelo indivíduo na sua própria vida.

O bem-estar é também alvo de abordagens na perspetiva hedónica, que se reporta ao bem-estar emocional e na perspetiva eudaimónica, referente ao bem-estar psicológico, sendo estudada em ambas as abordagens por inúmeros investigadores tais como Ryan e Deci (2001); Keyes, Shmotkin e Ryff (2002); Díaz et al. (2006); Albuquerque e Lima (2007), Ryan et al. (2008); Siqueira e Padovam, (2008); Zubieta e Delfino (2010); Westerhof e Keyes (2010); Wood e Joseph (2010) e Vivaldi e Barra (2012), entre outros.

Ambas as perspetivas em que o bem-estar é considerado estudam-no em função de diferentes visões da natureza humana e têm por base os princípios considerados ideais para a construção de uma sociedade solida e bem estruturada. Uma e outra têm em consideração, embora com abordagens diferenciadoras, os processos de desenvolvimentos sociais com vista ao bem-estar (Ryan & Deci, 2001).

Na perspectiva do bem-estar hedônico a abordagem que se faz contempla o bem-estar emocional com vista à compreensão da avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas, envolvendo reações emocionais às ocorrências que os indivíduos vão experienciando e considerando os julgamentos que estes fazem sobre os referidos acontecimentos tendo em conta, principalmente, a questão da satisfação com a vida que advém dessas experiências (Agner, 2010; Diener & Chan, 2011).

O bem-estar, que é então entendido como uma entidade multidimensional, considera ainda o bem-estar social, que corresponde à interação das necessidades individuais com as necessidades sociais dos indivíduos, ou seja a relação entre a pessoa e o meio que a envolve (Zubieta & Delfino, 2010). Este construto do bem-estar é apontado por vários autores como sendo essencial para a saúde mental dos indivíduos (Hahn, Cella, Bode & Hanrahan, 2009; Gerritsen, Steverink, Frijters, Ooms & Ribbe, 2010). Trata-se de uma componente da vida humana que concorre para a interpretação dos indivíduos fora da sua dimensão pessoal e que a OMS (1948) já havia definido com fundamental.

O bem estar-social pode ser analisado a nível individual, interpessoal e social e pode ser observado sob o ponto de vista positivo ou pela negativa (Keyes & Shapiro, 2004). Do ponto de vista da análise positiva o bem-estar social é composto, na ótica de Keyes (1998) pela dimensão da integração social, pela aceitação social, pela dimensão da contribuição social e a da atualização social e, por último, pela dimensão da coerência social (Keyes, 1998; Zubieta & Delfino, 2010).

Cada uma destas dimensões tem uma importância cabal na vida dos indivíduos sendo que a primeira se refere à avaliação da qualidade das relações que os indivíduos têm com aqueles que o rodeiam na sociedade em que se insere (Keyes, Joshanloo, Rostami & Nosratabadi, 2008; Zubieta & Delfino, 2010), e a dimensão da aceitação social corresponde à interpretação que a sociedade faz do carácter do indivíduo. Por via desta dimensão podem ser validados ou afetados aspetos da personalidade como a confiança, as atitudes positivas para com os outros, a honestidade, a bondade, a capacidade de resiliência para com os seus próprios defeitos e outros (Zubieta & Delfino, 2010).

No âmbito da terceira dimensão, que corresponde à contribuição social, é feita a avaliação do valor do indivíduo para a sociedade com base no sentimento de utilidade. Ou seja, a este nível o indivíduo pondera acerca da sua contribuição para com os outros e a sociedade

considerando se tem algo para oferecer àqueles que o rodeiam (Zubieta & Delfino, 2010). A dimensão da atualização social é correspondente à crença de que a sociedade está organizada por forma a contribuir para o bem comum. Trata-se de uma dimensão que comporta esperança no futuro e no bem geral (Keyes & Shapiro, 2004). A última das dimensões que permitem a análise positiva do bem-estar social é a coerência social que corresponde à percepção de qualidade, à organização e à forma como o mundo social funciona. É a partir desta dimensão que se avalia a preocupação do indivíduo de saber e compreender o que se passa em seu redor (Keyes, 1998).

Partindo da sumarização dos conceitos abordados conclui-se que o bem-estar tem um papel fundamental na saúde mental dos indivíduos, sendo que está deve ser entendida como a presença ou a ausência de psicopatologias e, da mesma forma, também interpretada como a presença ou ausência de saúde mental positiva (Pais-Ribeiro, 2001; Keyes et al., 2010), que, como também ficou expresso na primeira parte da presente abordagem pode vir a constituir-se como um fator de risco para o aparecimento de algum tipo de doença mental (Keyes et al., 2010). A promoção do bem-estar, em todas as suas dimensões e abordagens, e da saúde mental positiva tem, certamente, resultados expressivos e muito favoráveis ao desenvolvimento da vida social e individual de cada um de nós.

Capítulo II - Trabalho e Vínculos com a Organização

2.1. Papel do Trabalho

Separar o Homem do trabalho que ele executa é impossível. Ao longo da história da humanidade o posicionamento dos indivíduos face ao trabalho foi sofrendo alterações mas em algum momento aconteceu uma separação profunda entre a dimensão pessoal e a dimensão do trabalho de um mesmo sujeito. A evolução ideológica da concepção de trabalho, o posicionamento dos indivíduos face ao mesmo e às organizações onde o desenvolve foi sofrendo evoluções e retrocessos nas várias fases da evolução da humanidade mas o laço umbilical entre o ser humano e as tarefas que desenvolve com vista a concretização de meios que lhe permitam satisfazer as suas necessidades materiais e imateriais nunca se desfez, até porque o trabalho é uma das dimensões da vida humana que mais tempo ocupa a cada um de nós.

Durante longos e tristes séculos o trabalho era sinónimo de subsistência para uns e símbolo de poder para os que dele auferiam mas o advento da Revolução Industrial veio alterar o entendimento do mesmo e, atualmente, o trabalho corresponde a um pacto social que favorece a precariedade dos vínculos laborais e impõe a necessidade de atualização profissional permanente (Ferreira, 2008).

Ferreira (2008) considera que o trabalho da sociedade do século XXI corresponde a um novo contrato psicológico que promove a alteração de valores e é suportado por uma relação de parceria, cuja base de estabilidade é dependente da convergência de interesses entre ambas as partes envolvidas num contrato laboral (Ferreira, 2008). Neste “contrato” o indivíduo trabalhador e a organização onde este trabalha desenvolvem uma relação pautada pela necessidade de capacidade decisória, flexibilidade e agilidade frente aos problemas que se apresentam e, assim, o emprego é tido como uma troca de empenho, esforço e lealdade por bens materiais ou recompensas sociais.

Com vista a alcançar o sucesso, as organizações, tal como Meyer e Allen (1997), sustentam, não podem ignorar os laços que as ligam às pessoas e também não podem descurar às práticas, políticas e ocorrências que podem influenciá-los. Por isso, no âmbito da psicologia, as conexões que se estabelecem entre os trabalhadores e as organizações são apontadas como cruciais e altamente dependente das relações de confiança entre os vários trabalhadores que completam os quadros humanos e entre estes e a sua organização. São estas relações que

influenciam os vínculos que os trabalhadores desenvolvem com a organização onde estão empregados (Carpenter & Li, 2012).

O estudo dos vínculos dos trabalhadores com as organizações é um dos construtos mais estudado nas últimas décadas no âmbito do comportamento organizacional (Cohen, 2000) e é caracterizado como o pressuposto de uma relação de cumplicidade entre indivíduos, uma vez que demandam de ambas as partes interesse pela relação ou necessidade e desejo pela vinculação (Schmitt, 2007). De uma forma mais simples os vínculos foram designados por Bion (1997) como uma experiência emocional que duas ou mais pessoas, ou pessoas e organizações desenvolvem entre si. Na opinião de Kanan (2008) estes são o resultado das percepções que resultam da formação de cognições e afetos. Segundo este autor os vínculos têm origem nas atitudes, emoções e sentimentos que sobressaem da exploração de factos, conceitos, pensamentos, crenças, expectativas, recordações, percepções e outros sentimentos.

2.2. Perspetivas acerca dos Vínculos do Trabalho com a Organização

Siqueira e Gomid Jr. (2004) esclarecem que a definição de vínculos varia em função da área de estudos que se debruça sobre a sua análise e assim esclarecem que quando abordados do ponto de vista da sociologia os vínculos são explicados com base em interações e relações de troca reguladas socialmente e que têm por base o princípio da reciprocidade. Já sob o ponto de vista da filosofia, e segundo os mesmos autores, os vínculos são vistos como implicações decorrentes de ligações sociais estabelecidas com base num contrato de cooperação social e representadas pelos princípios de justiça e de equidade. No âmbito da psicologia os vínculos são definidos como sendo microteorias sobre processos de identificação, categorização e comparação social que se suportam no princípio da iniquidade.

Sob as três perspetivas os vínculos, que resultam do facto do indivíduo interagir com diferentes grupos desde que nasce, quando analisados à luz da abordagem do trabalho e da organização, resultam no envolvimento com o trabalho; na satisfação no trabalho; no comprometimento organizacional; na percepção de reciprocidade organizacional e na percepção de justiça (Siqueira & Gomid Jr., 2004).

Os vínculos que os indivíduos têm com o trabalho não são os mesmos para todos, pois divergem em função das variações, muitas vezes complexas, de afetos, de intenções em relação ao trabalho, do sentimento de retribuição e compensação que resulta do mesmo entre vários

outros aspetos, sendo que muitos deles dizem respeito às próprias organizações (Kanan, 2008). Alguns dos motivos apontados como justificação para a criação de vínculos com a organização e para o seu fortalecimento são os valores, as normas e os princípios de funcionamento organizacional e também, tal como postula Kanan (2008), a “satisfação e o envolvimento” (p. 24).

Faria e Schimitt (2007) estabelecem que os vínculos com a organização são fundamentais para se avaliar o bem-estar com o trabalho por parte dos trabalhadores mas também referem que os mesmos são suscetíveis de influenciar a forma e a dinâmica como a organização funciona. De acordo com esta perspetiva, que vai de encontro à opinião de Siqueira e Gomid Jr. (2004), o estabelecimento de vínculos com a organização é uma tarefa recíproca marcada pelo comprometimento, bilateral, com a perceção de suporte, bilateral também, e com a perceção de justiça organizacional. Assim os vínculos estão correlacionados com as políticas globais estabelecidas pelas organizações e também com as crenças e com os afetos dos indivíduos para com estas (Faria e Schimitt, 2007; Siqueira & Gomid Jr., 2004; Faria & Schimitt, 2007).

Em função desta conceção os vínculos com a organização são apresentados como elementos relacionados ao trabalho, que dizem respeito ao bem-estar do trabalhador e ao sucesso da organização, mas que são subjetivos e que, como tal, não podem ser previstos nem considerados de um ponto de vista formal, nomeadamente ao nível dos contratos de trabalho (Kanan, 2008). A opinião de Kanan, (2008) que atrás se expressa não está, no entanto, em conformidade com a linha de pensamento expressa por Siqueira e Gomid Jr., (2004) que haviam estabelecido um grau de objetividade aos vínculos e afirmado que os mesmos se podiam mensurar por meio dos critérios de ética e das relações diretas estabelecidas entre trabalhadores e organização e subscritas pelas políticas de atuação desta última.

Com base nesta ideia alguns autores entenderam ser possível a análise e o estudo do envolvimento com o trabalho que se reflete no estabelecimento de vínculos e que se traduz num diferencial competitivo para as empresas (Rui et al., 2010) e na promoção da auto-estima dos trabalhadores (Siqueira e Gomid Jr., 2004).

De acordo com Kanan (2008) o interesse pelo estudo e desenvolvimento das investigações em torno dos vínculos laborais e do envolvimento com o trabalho teve como primeiro interesse o aumento da produtividade e do desempenho no trabalho e a diminuição das

taxas de absentismo e de rotatividade que implicavam sempre grandes custos financeiros para as organizações. Não foi, portanto, um interesse centrado no indivíduo mas sim estimulado e apoiado pelas políticas capitalistas que ganharam força a partir da década de 60 do século passado mas, ainda que de forma indireta, estas abordagens vieram contribuir para o desenvolvimento da compreensão da dimensão dos vínculos com o trabalho na perspectiva da psicologia e do indivíduo trabalhador.

Na sequência deste movimento de investigação alguns autores verificaram que o envolvimento com o trabalho e o estabelecimento, ou não, de vínculos pode ser um preditor de comportamentos (Kanan, 2008) e outros investigadores reafirmaram a existência de vínculos em qualquer situação laboral, justificando-a com o facto de o trabalho fazer parte integral da identidade dos indivíduos, independentemente dos laços ou graus de envolvimento com a organização (Rui et al., 2010).

Do ponto de vista da psicologia os vínculos laborais, analisados à luz do grau de envolvimento com a organização, foram apresentados como sendo resultado do grau de identificação psicológica do trabalhador com as suas funções no trabalho e com a importância que estas funções têm para a sua auto-imagem (Muchinsky, 2004; Rui et al., 2010).

Siqueira e Gomid Jr. (2004), identificaram um conjunto de variáveis relacionadas com a predisposição dos indivíduos para o envolvimento com o trabalho e o estabelecimento de vínculos com as organizações e dentre eles apontaram características pessoais como a adoção de ética protestante que relacionaram às pessoas que enfatizam a virtude do trabalho como um fim em si mesmo. Outra das variáveis, segundo estes autores, é o locus de controle, ou seja, as pessoas que acreditam no seu poder de controle sobre as suas próprias vidas. A terceira variável é a auto-estima, e uma outra é a necessidade de crescimento, que se traduz na ideia que algumas pessoas têm de que o trabalho é o meio para a satisfação de necessidades psicológicas de natureza elevada.

Ao nível dos antecedentes de envolvimento com o trabalho, de onde resultam os vínculos com a organização, Siqueira e Gomid Jr. (2004) apontam como fatores algumas características do cargo a desempenhar, nomeadamente, as características do cargo, donde sobressai a autonomia para o desempenho de tarefas, o significado que estas tarefas têm para o trabalhador, a identificação pessoal com as tarefas e a variedade de habilidades que as tarefas exigem.

Outro dos fatores apontados correspondem às características de liderança, que envolvem a consideração dos líderes para com os trabalhadores, as oportunidades criadas pelas chefias, a quantidade e a qualidade de comunicação entre a administração e os trabalhadores, os papéis organizacionais e a forma como se resolvem os conflitos (Siqueira e Gomid Jr., 2004).

Segundo Kanan (2008) o envolvimento com o trabalho está também relacionado com os cargos desempenhados e por isso este autor, determina fatores de envolvimento e criação de vínculos que consideram três níveis, o organizacional, o ambiental e o nível comportamental, sendo que neste último, são apontadas quatro dimensões sublinhadas como importantes para a construção de vínculos com a organização: a autonomia, a variedade, a identidade das tarefas e a retroinformação. Kanan (2008) sublinha também como fator determinante para o estabelecimento de vínculos com a organização a motivação dos trabalhadores que, ao nível da empresa, resulta numa vantagem competitiva. Segundo este autor “quando o colaborador se encontra num estado de envolvimento, o trabalho o absorve e contribui para que suas atividades sejam experienciadas positivamente” (Kanan, 2008, p. 27).

Os vínculos com a organização são também interpretados como o comprometimento organizacional, que se referem às ligações estabelecidas entre o trabalhador e a empresa. Kanan (2008) define este comprometimento como sendo o apego do trabalhador à empresa e aponta-o como “um estado psicológico presente nas relações que o colaborador estabeleceu com a organização onde trabalha, quer seja de maneira positiva ou negativa” (p. 33). Este comprometimento, que estabelece a criação de vínculos com a organização, está também relacionado com a crença e com a aceitação dos valores e dos objetivos que a organização postula e que justificam a pré-disposição do trabalhador para o exercício de um esforço adicional no seu trabalho sempre que este representar algum tipo de ganho para a organização. Ou seja, os vínculos do comprometimento levam a que os trabalhadores façam esforços e sacrifícios no trabalho não em prol de si mesmos mas para evolução ou aquisição de vantagens por parte da organização (Oliveira, 2009). Assim o comprometimento pode ser explicado como sendo um compromisso psicológico que garante a ligação entre o trabalhador e a organização.

Ao nível da investigação psicológica o comprometimento com a organização é abordado sob três perspetivas diferentes: a afetiva, a calculativa e a normativa, sendo estas estabelecidas em função de duas bases psicológicas distintas: a afetiva, que diz respeito aos sentimentos e afetos, e a cognitiva, que remete para as crenças acerca do papel social desempenhado pelos

elementos envolvidos na relação de troca económica e social que caracteriza o trabalho (Siqueira e Gomid Jr., 2004; Barnard, & Curry, 2011).

Com base nestas perspetivas são adiantadas explicações que sustentam a criação e a continuidade dos vínculos de natureza psicológica com a organização e explicam as razões que levam os trabalhadores a permanecerem ao serviço de uma mesma organização. Um dos fatores relacionados com o comprometimento organizacional é então o desejo, que corresponde ao comprometimento afetivo e que explica com o facto dos trabalhadores permanecerem na empresa porque querem. Quando o fator é a necessidade, os trabalhadores mantêm-se na empresa porque precisam e quando se trata de obrigação moral o comprometimento com a organização, que é de origem normativa, traduz-se na explicação de que os trabalhadores se mantêm na empresa porque se sentem obrigados.

Este último fator, que remete para a obrigação, é contraditório de um dos elementos apontados pela literatura como maior indicador de medição e criação de vínculos com a organização: a satisfação no trabalho. Trata-se de um conceito de difícil definição, uma vez que é complexo, variando de indivíduo para indivíduo e sujeito à influência de uma grande variedade de fatores internos e externos ao ambiente de trabalho e às organizações. Apesar desta complexidade e reconhecida limitação concetual Kanan (2008) explica a satisfação no trabalho como sendo um estado de prazer e que proporciona emoções positivas. De acordo com este autor o trabalhar que se sente satisfeito no trabalho gosta das tarefas que desempenha e sente prazer por via das mesmas.

Se definir a satisfação no trabalho é uma tarefa complicada, mais difícil ainda é avaliar a sua dimensão sendo que alguns investigadores (Siqueira & Gomilde Jr., 2004; Harter et al. 2003) sustentam que esta medição apenas pode ser feita através da análise das emoções e sentimentos. Os mesmos autores alegam que as emoções que derivam dos vínculos, a que eles também chamam de afetos positivos, propiciam a construção de recursos pessoais, sejam estes de natureza física, intelectual ou social. Através das emoções positivas provenientes dos vínculos com a organização é possível corrigir e restaurar os efeitos negativos derivados do trabalho, quando existam, tanto a nível psicológico como fisiológico. Em suma, os vínculos com a organização são promotores de saúde mental e bem-estar (Allen & Leary, 2010; Barnard, & Curry, 2011; Harter et al. 2003; Siqueira & Gomilde Jr., 2004).

Capítulo III - Saúde e Bem-Estar em Psicólogos

3.1. Enquadramento Concetual do Bem- Estar no Trabalho

A abordagem científica ao bem-estar no trabalho tem já várias décadas de construção de conhecimento donde deriva uma profusão, por vezes confusa e complexa, de conceitos e interpretações que tendem a equipar o bem-estar no trabalho com a qualidade de vida com a satisfação e mesmo com os afetos que os trabalhadores têm, ou não, nas suas organizações (Barnard, & Curry, 2011).

As primeiras intervenções empíricas à temática do bem-estar no trabalho tiveram origem nos anos 50 do século passado com o objetivo claro de promover a reorganização do trabalho nas empresas por via da reestruturação de tarefas e otimização das metas organizacionais. Eram estudos que consideravam os trabalhadores, as suas emoções e os vínculos, sob a perspetiva do lucro futuro e visando a promoção da saúde financeira das organizações (Sousa-Poza & Sousa-Poza, 2000) mas que não aferiam de forma direta e concreta sobre o trabalhador enquanto indivíduo complexo que tem vida e sentimentos fora do contexto ocupacional. Por esta razão os primeiros modelos de análise da qualidade de vida com vista à aferição de bem-estar no trabalho foram desenvolvidos com a preocupação básica de caracterizar e especificar as diferentes etapas da tarefa e a estrutura da organização, deixando de lado a componente trabalhador, cuja satisfação no trabalho era abordada apenas como elemento alavancador de resultados financeiros.

Só no final do século passado alguns autores passaram a direcionar a atenção investigativa para o bem-estar ocupacional do ponto de vista do individuo trabalhador e em 2004 Horn et al. (2004), aferindo que o afeto é uma dimensão central do conceito de bem-estar ocupacional, vieram afirmar que este poderia ser avaliado de forma positiva mas considerando todas as dimensões relacionadas com o trabalho, nomeadamente a social, a cognitiva e a psicossomática. Outros autores, na sequência desta abordagem acrescentaram que as características do ambiente de trabalho são determinantes a ter em conta quando se pretende analisar o bem-estar do trabalhador e sublinharam que essas mesmas características só podiam ser consideradas se, de alguma forma, contribuíssem para que os trabalhadores fossem capazes, por meio delas, de alcançarem as suas metas pessoais (Doest, Maes, Gebhardt, & Koelewijn, 2006; Warr, 2006; Paschoal, 2008).

Warr (2006) estipulou que o progresso cognitivo, a opinião das outras pessoa e os traços de personalidade também eram fatores a ser considerados na conceção do bem-estar no

trabalho, pelo que ficou demonstrado, tal como Horn et al. (2004) atestaram, que o bem-estar ocupacional não se reduz à avaliação afetiva dos factos da vida laboral devendo ser analisado em função também dos estados emocionais, da motivação para o trabalho, das competências laborais e da eficácia dos trabalhadores. Esta nova abordagem ao bem-estar ocupacional colocou o conceito no âmbito das análises investigadas do campo da ciência psicológica e o bem-estar no trabalho passou a ser estudado em função do bem-estar psicológico, mantendo-se as organizações interessadas no desenvolvimento dos estudos acerca do tema (Russell, 2008).

Rath e Harter (2010), tendo em conta o facto de que as organizações laborais são as responsáveis pela maioria das vivências positivas ou negativas dos trabalhadores, uma vez que é nelas que estes passam a maior parte das suas vidas, aferiram, através da realização de uma abordagem sistemática à literatura existente, que o bem-estar dos trabalhadores está relacionado com várias vantagens emocionais, para além das financeiras e das que oferecem valor agregado de competição e posicionamento de mercado às organizações.

Por tal aferição o enfoque do estudo do bem-estar laboral passou a ser a definição das estratégias que garantam a promoção do bem-estar em contexto de trabalho. Tendo em conta que Russel (2008) havia constatado que o ambiente de trabalho é um fator determinante do bem-estar para os trabalhadores, Rath e Harter (2010), propõem às organizações o desenvolvimento de um ambiente de trabalho positivo explicando que o mesmo terá impacto, proporcionalmente positivo, no bem-estar dos trabalhadores. Uma das estratégias apontadas visa a reestruturação dos espaços de trabalho com vista a promover ambientes que encorajem os trabalhadores ao desempenho ativo das suas funções, dotando-os de autonomia e capacidade de resposta aos desafios laborais com que se vão deparando sistematicamente. Nos mesmos ambientes de trabalho deve ainda ser promovida a interação social.

Outra das estratégias aconselhadas, com base em fundamentos científicos, aponta para o esclarecimento cabal do papel do trabalhador na organização, através da disponibilização de informação e da operacionalização de tarefas imbuídas de níveis satisfatórios de previsibilidade (Rath & Harter, 2010). Da mesma forma, aconselha-se a promoção de uma liderança transformacional que, como Sivanathan, Arnold, Turner e Barling (2004) explicaram, está associada a elevados níveis de satisfação com a liderança, confiança no líder e com a perceção de justiça laboral. Estes mesmos autores defenderam que a liderança transformacional tem efeitos positivos em todos os trabalhadores da organização, líderes incluídos.

Com vista a incentivar a implementação de estratégias de promoção do bem-estar no trabalho Rath e Harter (2010), Allen e Leary (2010) e Barnard e Curry (2011) apontam ainda a necessidade de ter em conta as cinco dimensões, que todos atestam ser fundamentais, para o bem-estar laboral, a saber: o bem-estar na carreira; o bem-estar social; o bem-estar financeiro; o bem-estar físico e o bem-estar na comunidade.

Também apostada na importância da saúde para a concretização do bem-estar no trabalho a American Psychological Association (2011) desenvolveu um programa, denominado Psychological Healthy Workplace, a ser implementado pelas organizações, que tem por principal objetivo a promoção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores. Este programa é composto com um conjunto de ferramentas estratégicas que são direcionadas ao desenvolvimento do trabalhador e comportam campos de intervenção como o equilíbrio trabalho-família, o crescimento e desenvolvimento do trabalhador, o reconhecimento dentro da organização, a sua saúde e segurança.

A ideia de que a saúde no trabalho é um fator determinante para o bem-estar do trabalhador tem vindo a ser defendida deste há muito não só do ponto de vista físico, que esteve na origem da criação da medicina no trabalho, mas também no âmbito da saúde psicológica (Franco, Druck & Silva, 2010; Silva et al, 2010). De acordo com a abordagem que se centra nos fatores psicossociais a saúde tem vindo a merecer elevado destaque e atenção na medida em que já existe evidência que comprova que o mal-estar e as doenças do trabalho ou os trabalhadores doentes, afetam a produtividade e o relacionamento interpessoal do trabalhador, ou seja, têm consequências nefastas não só para o doente como para os que com ele se relacionam e para a organização em geral (Martinez et al., 2004).

São vários os aspetos identificados como sendo suscetíveis de afetar a saúde do trabalhador em ambiente de trabalho, de tal forma que estão divididos em três áreas diferentes, nomeadamente, os fatores relacionados com o ambiente e com a organização do trabalho, os fatores extra organizacionais, que se reportam à vida externa e pessoal do trabalhador e que podem ter reflexos no trabalho, e os fatores real acionados com o trabalhador como a condição de género, a idade, o nível académico, a personalidade, os valores, as necessidades, o locus de controlo e as características de comportamento (Martinez et al., 2004).

Segundo Martinez et al. (2004) são vários os motivos que podem provocar problemas de saúde no trabalhador, e, portanto, concorrer para que o mesmo não tenha bem-estar no

trabalho. Dentre estes motivos contam-se a elevada carga de trabalho; as dores musculares; agitação, palpitações, dificuldades na atenção e na concentração, em outros.

Paschoal (2008) refere que a boa saúde no trabalho está dependente também de fatores pessoais e explica que quando o trabalho e estes fatores se incompatibilizam o trabalhador pode vir a desenvolver problemas emocionais e fisiológicos. Da mesma forma os problemas de saúde a nível mental podem ocorrer quando o trabalhador não é chamado a participar das decisões da instituição, ou quando não se sente suficientemente apoiado por parte dos seus empregadores, não sendo considerado enquanto colaborador para algumas tarefas, não sendo alvo de reconhecimento e de valorização profissional.

3.2. A Saúde e o Bem-Estar na Profissão Psicólogos

Todas as profissões têm elementos e fatores que são capazes de influenciar a sua saúde e o seu-bem estar geral e os Psicólogos não são exceção, apesar de serem os profissionais a quem a natureza da profissão exercida demanda a prestação de apoio a todos os restantes trabalhadores de todas as outras áreas para estes problemas. Perante a eventualidade de se aferir sobre a saúde e o bem-estar no trabalho de psicologia e de se incorrer na ideia de que os psicólogos são capazes de promover estratégias de *coping* que lhes permitam manterem-se afastados dos elementos stressores e causadores de mal-estar a verdade é que, tal como Kilburg (1986) sublinhava, estes profissionais podem ser inimigos de si mesmos pois, muitas vezes, tendem a protelar o momento de admissão das suas próprias dificuldades e, mais ainda, a solicitarem ajuda de colegas profissionais.

O trabalho dos psicólogos, como qualquer outra profissão, comporta elementos suscetíveis de concorrer para o aparecimento de doenças e mal-estar uma vez que esta é uma ocupação profissional marcada por desafios constantes no seu relacionamento não só com as tarefas inerentes mas também com a relação que desenvolvem com as organizações, nomeadamente a falta de colegas da mesma área, que resulta em sobrecargas de trabalho e o facto de atuarem em equipas multiprofissionais, por vezes, descoordenadas e com fracos níveis de comunicação entre si (Pombo-de-Barros e Marsden, 2008; Araújo, 2008). Paparelli e Nogueira-Martins (2007) referem que os psicólogos também têm muitas vezes que lidar com o facto das suas formações académicas não comportarem a totalidade dos conhecimentos necessários para o exercício real da profissão, uma vez que, em alguns contextos profissionais, a atuação exigida aos psicólogos é desfasada daquilo que aprenderam nas universidades.

Do ponto de vista da relação com os clientes os psicólogos também são afetado pelos problemas e dificuldades dos clientes que tendem a trazer e relatar junto destes profissionais questões das suas vidas que não estão diretamente relacionadas com o trabalho a ser desenvolvido (Campos e Guarido, 2007).

Estas situações comportam exigências emocionais que podem incorrer em situações de frustração, também originadas pela não valorização profissional que tantas vezes enfrentam, e até o *burnout*. O trabalho dos psicólogos e as suas relações organizacionais com os empregadores pode afetar, em diferentes graus, o seu bem-estar, a sua saúde física e mental e a sua vida pessoal e familiar. Da mesma forma estes problemas tendem a refletir-se ao nível do desempenho profissional o que compromete a qualidade dos atendimentos aos clientes (Campos & Guarido, 2007).

Um dos problemas de saúde profissional mais frequentemente atribuído aos psicólogos, e a outros profissionais da saúde, é o *burnout*, uma síndrome identificada pela primeira vez em 1974 por Freudenberger, que remete para a tensão emocional que resulta do contacto direto com os clientes que são, por norma, pessoas com problemas de saúde e com problemas emotivos graves.

O *burnout*, ainda que ampla e continuamente estudado do ponto de vista da literatura tem já a sua definição consolidada desde a década de 80 do século passado, podendo então ser apontada como “um cansaço físico e emocional que leva a uma perda de motivação para o trabalho, que pode evoluir até ao aparecimento de sentimentos de fracasso” (Maslach & Jackson, 1981, p. 7).

As definições que vieram a seguir são similares embora mais completas tal como a apontada por Schaufeli e Greenglass (2001) que descreveram esta síndrome como um “estado de exaustão física e emocional que resulta do envolvimento de longo termo em situações profissionais que são muito exigentes do ponto de vista emocional”⁵(p. 501).

Esta definição deixa subentendidas as três sub-dimensões que a síndrome afeta e que são a dimensão pessoal da vida do trabalhador, a dimensão profissional e a relação com os seus clientes. Negash e Sahin (2011) abordam a questão do *burnout* dos psicólogos e justificam o

⁵ Tradução própria a partir de: “a state of physical, emotional and mental exhaustion that results from long-term involvement in work situations that are emotionally demanding” (Schaufeli e Greenglass 2001, p. 501).

aparecimento da mesma junto deste grupo profissional na medida em que, tal como afirmam, esta síndrome é muito evidente entre as pessoas que trabalham na área de saúde dado que se traduz ou manifesta como uma fadiga de compaixão. Ou seja, os profissionais em situação de *burnout* podem deixar de sentir compaixão pelo sofrimento do outro, dos seus clientes/pacientes, atendendo-os sem lhes prestar todos os cuidados que necessitam, sobretudo os comunicacionais e emocionais. Os mesmos autores referem ainda que vários profissionais em situação de *burnout* tendem a afastar-se por completo das funções que desempenhavam, o que pode resultar em graves prejuízos para a saúde pública na medida em que se traduz num desperdício de talento e recursos de formação Negash e Sahin (2011).

Esta é uma síndrome caracterizada pela exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal que pode ocorrer com indivíduos que trabalham com pessoas (Pires, Mateus, & Câmara, 2004; Queirós, 2005).

A primeira das características apontadas para o *burnout* por Pires, Mateus e Câmara, (2004), a exaustão emocional refere-se à sensação que afeta os trabalhadores de não poderem dar mais de si aos seus clientes/doentes. (Alvarez, Burnell, Holder, & Kurdek, 1993). Ou seja, o trabalhador em situação de exaustão emocional vê os seus recursos emocionais extinguírem-se por completo não se mostrando capaz de gerir as suas próprias emoções e de as misturar com as daqueles que atende (Delbrouck, 2006; Kalbers, & Fogarty, 2005; Roque & Soares, 2012).

A característica que aponta para a despersonalização ocorre quando o trabalhador, com vista a defender-se contra os sentimentos negativos que o afetam, se isola e evita relações interpessoais com os seus pares, amigos e familiares e também passa a desenvolver uma atitude inócuo e despersonalizada com os seus clientes (Benedetto e Swadling, 2014; Roque & Soares, 2012).

Por último, a característica da redução de realização pessoal resulta num sentimento de inadequação que ultrapassa a vida profissional e se estende também às vertentes pessoais do trabalhador. Alguns autores atestam a ideia de que este sentimento pode derivar na sensação paradoxal de onipotência, uma vez que, para ultrapassar a sensação de incompetência e incapacidade de lidar com as situações profissionais, o trabalhador pode tentar passar a mensagem de que o seu interesse e dedicação são inesgotáveis. Tal situação pode incorrer num agravamento do sintoma de inadequação e prejudicar ainda mais o profissional de saúde mental (Benedetto e Swadling, 2014; Roque & Soares, 2012).

O *burnout*, que pelo que até agora se verificou, tem consequências muito negativas ao nível do bem-estar e saúde mental dos psicólogos não é uma afetação leve nem que ocorre de um dia para o outro. Antes pelo contrário, ele tem um longo período de “incubação” e só surge na fase final de um longo processo que tem como primeiros sinais sentimentos de exaustão emocional que, entretanto, vão evoluindo para a adoção de atitudes negativas para com os colegas de trabalho e outros profissionais de relacionamento direto. Num terceiro momento de evolução de sintomas até ao aparecimento da síndrome o trabalhador de saúde, e como estamos a verificar também os psicólogos, passa a adotar um comportamento de auto avaliação em que se classifica sempre de modo pejorativo e negativo (American Psychiatric Association, 2002; Benedetto & Swadling, 2014; Carvalho, Rosário & Ribeiro, 2004; Gomes, Melo & Cruz, 2004; Delbrouck, 2006; Negash & Sahin, 2011). Para além destes sintomas o *burnout* manifesta-se por meio de múltiplas evidências que se manifestam por meio de sintomas fisiológicos como a fadiga, a irritabilidade e as dores de cabeça; sintomas comportamentais, como a perda de entusiasmo pelo trabalho, chegar atraso ao trabalho ou a compromissos relacionados com este e sensações de frustração e raiva. Há também um conjunto de sintomas psicológicos a considerar, sendo estes a depressão, a diminuição da autoestima, o pessimismo e a culpa; e ainda existem sintomas de âmbito clínico ou de desempenho profissional que são o cinismo e hostilidade face aos clientes, o alheamento durante as sessões de tratamento e, algumas vezes registam-se mesmo situações de agressividade com elevação de voz ou até gritar (Benedetto & Swadling, 2014; Negash & Sahin, 2011; Richards, Campenni, & Burke, 2010).

Gomes, Melo e Cruz (2004) efetuaram um estudo onde analisaram os níveis de stresse e *burnout* nos psicólogos portugueses. O estudo que estes investigadores levaram a cabo envolveu 439 psicólogos portugueses, com diferentes formações e orientações e foi publicado em 2004, há mais de dez anos. Por via deste trabalho de investigação afere-se que no início deste século em Portugal a temática do *burnout* no seio da classe profissional psicólogos já era tida em consideração pelo que se depreende que este era já um problema de saúde mental com alguma evidência.

Os resultados apresentados pelos investigadores denotam o facto referido e avançam quatro tipos de fontes e fatores que estão na origem do problema. A primeira razão apontada para o *burnout* em psicólogos é o stresse resultante dos erros cometidos e respetivas implicações ou consequências negativas. A segunda fonte causadora do problema são os aspetos relativos às situações profissionais pois constituem uma fonte de mal-estar, que deriva, principalmente da

incompetência ou inflexibilidade dos superiores hierárquicos, bem como a supervisão inadequada. Um terceiro grupo de fontes de stresse que estão na origem de *burnout* identificado foi o excesso e sobrecarga de trabalho, bem como a preocupação com o envolvimento profissional o acumular de funções e tarefas e a falta de tempo para responder atempadamente e de forma correta a todas as solicitações a que são expostos. Por último Gomes, Melo & Cruz (2004) sugerem que o *burnout* também pode ser provocado pelas demandas da carreira profissional que comportam preocupações relacionadas com a falta de perspectivas de progressão na carreira e também pela relação existente entre as responsabilidades e funções e os salários auferidos, bem como com a falta de condições materiais para a realização adequada das funções.

Os dados apontados pelos autores desta investigação mostram-se coerentes com outros efetuados mais recentemente onde se regista que os psicólogos e outros profissionais da saúde não têm uma boa qualidade de vida nem bem-estar no trabalho (Oliveira & Pereira, 2012; Richards, Campenni, & Burke, 2010; Stamm, 2010).

Por via destas investigações torna-se necessário avaliar e considerar quais as estratégias e as formas de intervenção nas organizações com vista à prevenção do *burnout* e de outras situações que possam contribuir para a diminuição do bem-estar no trabalho dos psicólogos. Face aos sinais e sintomas apontados, que, como se viu, estão bem delineados pela literatura e evidência científica existente, vários autores apontam como melhor estratégia de prevenção do problema a atenção sistematizada aos sinais tanto por parte do psicólogo afetado como por parte dos colegas que com ele se relacionam (American Psychiatric Association, 2002; Benedetto & Swadling, 2014; Delbrouck, 2006; Gomes, Melo & Cruz, 2004; Negash e Sahin, 2011; Richards, Campenni, & Burke, 2010). É importante ter em conta que os sintomas ocorrem no contexto do trabalho mas também a nível das vivências pessoais pelo que a atenção aos sinais deve considerar todas as vertentes da vida do trabalhador.

No âmbito individual, e da parte psicólogo, podem ser levadas a cabo várias medidas sendo que as mais importantes são a calma em relação aos objetivos traçados para a carreira profissional ou para algum objetivo profissional. O psicólogo não teve ter pressa de alcançar as suas metas, devendo, antes disso, estabelecer prioridades e manter flexibilidade com vista a trocar as suas prioridades quando uma delas se mostrar difícil de concretizar (Benedetto e Swadling, 2014; Delbrouck, 2006; Negash e Sahin, 2011; Richards, Campenni, & Burke, 2010).

Deve também ter consciência de si próprio e ser capaz de identificar as suas fraquezas bem como os sinais de risco e os primeiros sintomas de *burnout* por forma a adotar estratégias que permitam contornar o aparecimento da síndrome e a solicitar ajuda aos seus colegas atempadamente (Barnett, Baker, Elman, & Schoener, 2007).

Outra das medidas que o psicólogo deve ter em conta é a adoção de uma estratégia de *coping* que o leve a encarar os obstáculos como oportunidades e deve ainda respeitar a regra de realização frequente de férias e retiros de fim-de-semana. O tempo deve ser gerido de forma consciente e adequada com vista a que se possa realizar outras atividades para além do trabalho e onde conste também a realização de exercício físico e a prática de atividades recreativas bem com o reforço constante de relações interpessoais e familiares, que permitam reforçar o suporte social intra e extra laboral. O psicólogo deve também procurar manter a sua formação atualizada face ao desenvolvimento da ciência, participando em *workshops* e formações com alguma regularidade (Benedetto & Swadling, 2014; Campenni, & Burke, 2010; Delbrouck, 2006; Richards, Negash e Sahin, 2011; Stevanovic & Rupert, 2004).

Richards, Campenni e Burke (2010) consideram que a adoção destas medidas de âmbito individual ajudam os psicólogos a moderar os efeitos que o stresse profissional tem na sua saúde, a evitar o aparecimento do *burnout* e a melhorar, de forma geral, o bem-estar no trabalho, o que terá reflexos não só ao nível da saúde mental e física dos profissionais mas também ajudará à concretização de melhores resultados junto da saúde mental dos seus clientes.

Ao nível organizacional as estratégias mais eficazes para a prevenção do *burnout* passam pela diminuição do isolamento e pela promoção do trabalho em equipas multidisciplinares com boas estratégias de comunicação e que permitam a construção de espaços de partilha e o contacto direto com os colegas de profissão. Para além disso as organizações podem organizar um calendário de trabalho em que as funções e rotinas diárias variem com alguma regularidade, que permitam a realização de investigações e trabalho científico, que considere a flexibilização de horários e a criação de ambientes de trabalho agradáveis. A informação deve também circular de forma a que seja facilmente acedida e os trabalhadores devem ser encorajados a falar sobre as suas dificuldades. Os psicólogos devem ainda ser envolvidos por iniciativa das organizações nas tomadas de decisão por forma a que se reforce a sensação de reconhecimento e se promova o grau de satisfação no trabalho (American

Psychiatric Association, 2002; Gomes, Melo & Cruz, 2004; Richards, Campenni, & Burke, 2010).

As mesmas estratégias podem também ser aplicadas quando se verifica que o profissional apresenta sintomas de Fadiga por Compaixão, uma condição com características muito semelhantes ao *burnout* e que tem na fadiga física e emocional os dois sintomas mais evidentes. Lago & Codo, (2010) esclarecem que estes sintomas de fadiga são resultantes das situações que os profissionais que prestam cuidados a pessoas que estão em sofrimento físico e/ou mental vivenciam. A Fadiga por Compaixão tende a afetar qualquer profissional que preste cuidados a pessoas em situações limite e que exijam, da parte do profissional, um esforço emocional constante (Thompson, 2003). Lago e Codo (2010) sustentam que o esforço emocional se torna tanto maior quanto a capacidade empática do profissional vai aumentando e a tomada de conhecimento perante o sofrimento do outro começa a pesar na consciência do profissional.

Apesar desta caracterização genérica a Fadiga por Compaixão não afeta todos os profissionais da saúde da mesma maneira sendo que, de acordo com a opinião de Florio (2010), alguns profissionais desta área de intervenção estão mais expostos às situações que a originam, nomeadamente os que trabalham em situações de emergência, os que dão respostas prontas em situações de crise e também os profissionais que trabalham com indivíduos toxicodependentes. Para além deste grupo de profissionais o mesmo autor identifica como grupo de risco para o aparecimento da Fadiga por Compaixão os assistentes sociais, os professores e os psicólogos que são muitas vezes confrontados com problemas relacionados com crianças em risco, maus tratos a crianças ou situações de suicídio e outras complicações da saúde mental.

Numa das primeiras abordagens à fadiga por compaixão esta foi caracterizada como sendo um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social, consequente da exposição prolongada ao stress traumático secundário (Figley, 1995). Figley (1995) explicava na altura que o trauma secundário era uma contratransferência resultante da relação criada entre o profissional e o seu paciente, em que o primeiro tendia a absorver a dor do segundo. Assim, e de acordo com este autor, a fadiga por compaixão é consequência da interrelação entre três fatores, sendo que o primeiro é o sentimento de responsabilidade que o profissional tem para com o doente, o segundo é a incapacidade que o profissional tem de se alhear dessa responsabilidade e o terceiro são as reações associadas donde muitas vezes decorre a depressão

e a ansiedade. Estes três fatores, aliados a eventos da vida pessoal do profissional de saúde como situações de doença ou alterações ao seu estilo de vida ou estatuto social, são, de acordo com a opinião de Figley (1995). Suficientes para dar origem a situações de Fadiga por Compaixão.

O conceito de contratransferência, que, como se depreende da abordagem de Figley (1995) é central à interpretação da Fadiga por Compaixão, foi introduzido no âmbito dos estudos acerca do trabalho de pessoas que lidam com situações de trauma em 1992 por Herman e explicado em 2004 por Somer et al. como sendo parte do processo terapêutico e até mesmo como um sinal de acolhimento afetivo e empático que, no entanto, e quase sempre por excesso de contacto e envolvimento do profissional, pode derivar em várias reações negativas, entre as quais a identificação com a situação de desamparo, a pena, a vulnerabilidade pessoal e até mesmo a raiva e a fúria.

De acordo com Somer et al (2004) a contratransferência também está relacionada com sentimentos de prostração, imagens dolorosas e com pensamentos acerca do sobrevivente do trauma que incorrem para a subjetividade do profissional de saúde e o incapacitam de ter uma abordagem objetiva sobre o alvo do seu trabalho.

É esta contratransferência que leva a que os psicólogos, como outros profissionais de saúde, estejam também sujeitos à Fadiga por Compaixão uma vez que também eles experienciam a dor do cliente sendo esta um meio destes profissionais compreenderem a realidade profunda e intensa que o indivíduo sente e obterem informações importantes para o processo da relação terapêutica, no entanto, muitas vezes este contacto com os traumas do outro, sobretudo as pessoas que estão em grande sofrimento psíquico, serve de mola evidenciadora às fragilidades e impotência dos profissionais (Arnold et al., 2005).

Capítulo IV - Enquadramento Do Estudo Empírico

4.1. Problemática, Pertinência e Objetivos

A presente investigação tem por finalidade caracterizar os níveis gerais de bem-estar de psicólogos e identificar variáveis relacionadas com o trabalho que possam impactar no seu bem-estar.

Foi a partir desta problemática que tem em conta o facto de que no exercício das suas funções os profissionais de saúde são frequentemente confrontados com ocorrências que colocam em causa a sua própria existência (Siqueira, Jesus, & Oliveira, 2007), e considera ainda que a vida pessoal e profissional dos indivíduos se relaciona de forma intrínseca e que, determinadas características da atividade profissional podem exibir riscos diretos para o bem-estar dos profissionais (Sousa & Coleta, 2012) que definimos o objetivo geral.

Partindo da problemática atrás apresentada estabelecemos como objetivo geral e norteador da construção do processo de pesquisa o seguinte:

- Caracterizar os níveis de bem-estar, o estado de saúde em geral, o estado de saúde no trabalho e as exigências emocionais do trabalho de psicólogos e explorar se estas variáveis se encontram associadas.

4.2 Método de Recolha de Dados, Amostra e Procedimentos

Tendo em conta a temática e os objetivos propostos, a presente pesquisa é de índole quantitativa, exploratória, uma vez que não comporta hipóteses prévias para comprovar (Gil, 1999) e transversal. É uma investigação de análise descritiva e correlacional.

A amostra do presente estudo de investigação é composta por um grupo de 84 Psicólogos que, embora exerçam a sua atividade profissional em diferentes áreas de intervenção da Psicologia, têm em comum o facto de lidarem com clientes fragilizados e em sofrimento estando, portanto, enquanto profissionais, expostos a fatores identificados como podendo dar origem a situações de Fadiga por Compaixão, *burnout* ou outras situações que influenciam o bem-estar do profissional.

Trata-se de uma amostra não probabilística uma vez que se dirige a um subgrupo da população de profissionais da área em estudo e, tal como afirmou Sampieri, Collado & Lucio

(2006), com vista a explicar esta tipologia de amostragem, está dirigida a um subgrupo da população cuja eleição dos elementos não depende da probabilidade mas das características da investigação.

De acordo com Albuquerque (2009) este método, também denominado de “amostragem em bola de neve”, “Bola de Neve” ou ainda conhecido como “cadeia de informantes”, pode ser aplicado em situações em que se pretende auscultar uma amostra não probabilística e em investigações de âmbito social em que para além de se solicitar aos participantes a sua contribuição com as respostas também se pede que os mesmos repassem o instrumento de recolha de dados a pessoas das suas relações. Por via da construção desta cadeia sucessiva de sugestões gera-se uma “bola de neve” no que toca ao aumento do número de respondentes.

Na descrição e validação do método *Snow-Ball*, Albuquerque (2009) explica que os participantes iniciais contactados pelo investigador são chamados de “sementes”, devendo ter algumas características tais como o conhecimento de pares que, como ele, se enquadrem no âmbito da população em estudo. No sentido de dar início a este processo os primeiros participantes foram contactados pessoalmente pela investigadora, solicitando-se a estes que indicassem e fornecessem o e-mail de colegas de trabalho com características correspondentes à população, ou seja, que fossem profissionais de Psicologia.

Para levar a cabo a presente investigação visamos considerar todos os cuidados éticos necessários, tendo, para tal, garantido o anonimato e a confidencialidade a todos os participantes, a quem foi também prestada informação de que as informações recolhidas não seriam usadas para qualquer outro fim senão aquele que cumpre os objetivos da presente investigação, cumprindo-se assim o consentimento informado.

Para além disso foram realizados pedidos de autorização com vista à utilização dos instrumentos de recolha de dados e também se solicitou autorização à comissão de ética da Entidade universitária em que desenvolvemos o estudo.

Na abordagem de análise de dados foi utilizada a técnica de estatística descritiva, considerando-se a distribuição de frequências absolutas e relativas e medidas estatísticas descritivas, nomeadamente de tendência central (média, moda e mediana). Os dados foram tratados no *software* IBM® SPSS® Statistics, versão 22. (Statistical Package for the Social

Sciences), que tem por função a inserção e análise de variáveis e fornece apresentações tabulares dos resultados.

4.3. Instrumentos

Tal como referido acima os instrumentos de recolha de dados são inquéritos previamente construídos e validados pelos seus autores para a tipologia de abordagem investigativa realizada e foram também usadas estratégias de aplicação dos inquéritos que visam alcançar o maior número de respondentes possíveis. Para a utilização dos mesmos foi solicitada a autorização aos autores dos instrumentos a usar no projeto.

As referidas solicitações foram efetuadas para a utilização do *Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT)* (Professora Doutora Carla Barros) e para a utilização da *Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF)* (Professora Doutora Carla Fonte). Tal como se pode verificar nos anexos, as autorizações foram concedidas.

Passamos agora à descrição dos instrumentos de recolha de dados.

- Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT, Barros-Duarte, Cunha e Lacomblez, 2007, 2016)

Trata-se de um inquérito desenvolvido por Carla Barros-Duarte, Liliana Cunha e Marianne Lacomblez em 2007. O Inquérito de Saúde e Trabalho sustenta-se nos seguintes domínios: o trabalho e as condições de trabalho; as dificuldades sentidas no trabalho, o estado de saúde e a saúde no trabalho.

É de referir que o Inquérito INSAT tem como grande objetivo analisar os efeitos do trabalho e das condições de trabalho dos indivíduos, sejam elas atuais ou passadas, de forma a relacionar estas vertentes com a saúde e o bem-estar.

Neste sentido, o Inquérito é do tipo epidemiológico que tem como finalidade determinar os riscos primordiais dos profissionais assim como constrangimentos possivelmente sentidos e a sua influência no que respeita à saúde do trabalhador.

Assim sendo, o INSAT está estruturado em 7 eixos principais: (I) O meu trabalho, que abarca um conjunto de questões em relação à situação de trabalho, como por exemplo a

atividade de trabalho principal, a situação laboral na atividade principal e o horário de trabalho; (II) Condições e características do meu trabalho, onde se agrupa um conjunto de questões acerca das exposições e condições a que o profissional está sujeito, este eixo está organizado em quatro categorias, sendo elas: Fatores do ambiente local de trabalho, fatores toxicológicos de risco, fatores físicos de risco da atividade de trabalho e fatores psicossociais de risco esta ultima categoria remete para a análise das exposições a que o trabalhador poderá estar exposto como ao nível de ambiente e constrangimentos físicos (Ex: ruídos, vibrações) e ainda a constrangimentos organizacionais e relacionais (Ex: contacto com o público, relações de trabalho); (III) Condições de vida fora do trabalho, este eixo aborda questões como conseguir ou não conciliar a vida laboral com a vida doméstica assim como o tempo prescindindo nestas (deslocação para o trabalho e tarefas domésticas); (IV) O que me custa mais no meu trabalho; (V) Formação no meu trabalho; (VI) O meu estado de saúde, neste eixo são analisadas perguntas sobre a saúde do trabalhador assim como os problemas que podem ter levado a diversas limitações, mesmo não sendo consideradas como um quadro patológico. Esses problemas passam por identificar se são de foro cardiorrespiratório, auditivo, visual, digestivo, muscular; entre outros; e (VII) Saúde no meu trabalho esta categoria aborda três domínios onde visa identificar os acidentes de trabalho, doenças profissionais e informações sobre riscos profissionais. O inquérito inicia-se com questões que permitem a recolha de informação, de carácter sociodemográfico, sobre o trabalhador (sexo, idade, nível de escolaridade) e sobre o estabelecimento de emprego (setor de atividade, tipo de empresa, entre outros).

Os sete eixos referidos derivam dos domínios que caracterizam o instrumento e que são, o trabalho e as condições de trabalho; as dificuldades sentidas no trabalho, o estado de saúde e a saúde no trabalho. O último dos domínios referidos é o que corresponde diretamente à nossa abordagem empírica.

- Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SH, Fonte, 2013)

A formação desta escala foi desenvolvida com o suporte de diversos conceitos que abordam a questão do bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social.

Esta escala foi adaptada pela Professora Doutora Carla Fonte juntamente com uma equipa de observatório de saúde mental de Viana do Castelo em 2013 e avalia as três dimensões da saúde mental positiva – bem-estar emocional, psicológico e social, como referido anteriormente, sendo um instrumento composto por 14 itens em que cada item representa o

sentimento de bem-estar, bem como a frequência com que o experienciou, classificada numa escala tipo *Likert* de 6 pontos (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011). Os itens encontram-se distribuídos pelas três dimensões: o bem-estar emocional composto por 3 itens referentes aos sintomas que refletem a ‘vitalidade emocional’ (emoções positivas avaliadas pelo grau de felicidade, interesse e satisfação pela vida); o bem-estar social a que correspondem 5 itens e que se refere aos sintomas de funcionamento positivo; e o bem-estar psicológico cujos 6 itens, também relacionados com o funcionamento positivo, correspondem à auto-avaliação positiva, à existência de objetivos e à percepção de sentido e direção da vida. A partir das dimensões referidas é possível categorizar os indivíduos em três categorias – *flourishing*, *languishing* e saúde mental moderada.

- Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, constituído para o efeito, acabou por funcionar como a folha de rosto do protocolo, aonde foi apresentado, sucintamente, o objetivo do estudo e recolhida alguma informação considerada por nós importante que não constava no INSAT, concretamente, a área/especialidade de formação.

Capítulo. V. Análise dos Dados e interpretação dos resultados

5.1. Caracterização dos Participantes

A partir dos instrumentos utilizados obtivemos as frequências sociodemográficas que apresentamos na tabela 1 e que respondem a uma amostra composta por um total de 84 respondentes.

Tabela 1

Caraterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas consideradas

		Amostra (N=84)	
		n	%
Sexo	Masculino	9	10,7
	Feminino	75	89,3
Idade	25-29 anos	16	19,0
	30-34 anos	23	27,4
	35-39 anos	17	20,2
	40-44 anos	14	16,7
	45-49 anos	9	10,7
	50- 54 anos	5	6,0
Estado Civil	Solteiro	33	39,3
	Casado	33	39,3
	Viúvo	1	1,2
	Divorciado/Separado	7	8,3
	União de Facto	9	10,7
Nº de Filhos	0	47	56,0
	1	18	21,4
	2	12	14,3
	3	4	4,8
	4	1	1,2

De acordo com os dados obtidos, uma maioria significativa de participantes, cuja percentagem corresponde a 89,3% (n=75), são do sexo feminino e apenas 10,7 % (n=9) são do sexo masculino.

A unidade de resposta referente à idade dos participantes que obteve maior número de respostas foi a correspondente à variação entre os 30 e os 34 anos de idade, com um total de 23 respondentes, ou seja, uma percentagem de 27,4%, logo seguida da unidade de resposta correspondente ao grupo dos 35 a 39 anos de idade, com uma frequência de respostas registadas fixada em 17 respondentes.

O grupo dos 25 a 29 anos e o grupo de 40 a 44 anos também obtiveram um número expressivo de registos de frequência, 16 e 14, respetivamente, pelo que, em função destes valores, podemos aferir estar perante uma amostra maioritariamente adulta e jovem adulta. Importa, no entanto, salientar que a média de idades dos respondentes se situa entre os 25 e os 54 anos de idade e que, cinco dos respondentes já têm mais de 50 anos.

A análise dos dados obtidos revela que, do ponto de vista do estado civil, a amostra é composta maioritariamente por inquiridos casados e solteiros sendo que, curiosamente, ambos os grupos obtiveram o mesmo número de frequência (n=33; 39,34 %). De forma menos expressiva, e ainda no que concerne ao estado civil, 9 respondentes vivem em união de facto (10,7%), 7 são divorciados (8,3%) e apenas 1 é viúvo (1,2%).

A maioria dos respondentes não tem filhos (56%) e entre os que têm sobressai o grupo de apenas um filho (21,4%) mas os respondentes que têm dois filhos são um número também significativo (14,3 %).

Após a análise dos dados relativos à caracterização sociodemográfica dos respondentes, reunimos, numa tabela única, os dados obtidos às questões que visavam traçar o perfil profissional da nossa amostra. A partir da tabela 2, apresentam-se os resultados referentes à caracterização da situação profissional dos respondentes.

Tabela 2

Caraterização da amostra quanto às variáveis profissionais *Nível de Escolaridade, Área de Formação, Atividade de Trabalho Principal, Atividade Profissional Formal, Situação Profissional, Tipo de Empresa, Situação Laboral, Atividade em Diferentes Empresas*

		Amostra (N=84)	
		N	%
Nível de escolaridade	Licenciatura	18	21,4
	Mestrado	61	72,6
	Doutoramento	5	6,0
Área de Formação	Psicologia	6	7,1
	Psicologia Clínica e da Saúde (PCS)	62	73,8
	Psicologia da Educação (PE)	10	11,9
	Psicologia do Trabalho e das Organizações (PTO)	2	2,4
	PCS+PE	3	3,6
	PCS+PTO	1	1,2
Atividade trabalho principal	Consulta Psicológica	74	88,1
	Docência	3	3,6
	Gestão	1	1,2
	Investigação	6	7,1
Atividade profissional formal	Não	19	22,6
	Sim	64	76,2
Situação profissional	Trabalhador por conta de outrem	65	77,4
	Trabalhador independente, sem empregados	17	20,2
	Trabalhador independente, com empregados	1	1,2
Tipo de empresa	Pública	28	33,3
	Privada	55	65,5
Situação laboral	Efetivo ou contrato sem termo	45	53,6
	Contrato a prazo ou contrato a termo	8	9,5
	Trabalho temporário	1	1,2
	Estágio ou bolsa	8	9,5
	Recibo verde ou fatura	21	25,0
Atividade em diferentes empresas	Não	46	54,8
	Sim	38	45,2

De acordo com os resultados obtidos podemos aferir que ao nível de escolaridade a grande maioria dos respondentes (72,6%) tem um mestrado e apenas 6% completou o doutoramento. A área de formação de 73,8% dos respondentes é de Psicologia Clínica e da Saúde.

No que diz respeito ao trabalho a grande maioria dos respondentes (88,1%; n=74) tem na Psicologia a sua principal atividade mas de entre os respondentes que afirmaram ser

profissionais formais apenas 54,8% (n=46) exerce a sua atividade numa única empresa, ou seja, para uma única entidade empregadora.

Dentro do conjunto de atividades principais no trabalho a Psicologia foi também a unidade de resposta que obteve maior número de anuências, registando-se uma maioria significativa: 88,1% (n=74). Menos expressivos são os dados registados para as atividades da investigação (7,1%; n=6), da docência (3,6%; n=3) e da gestão 1,2%; n=1).

No que diz respeito à atividade de trabalho principal uma maioria significativa de respondentes referiu trabalhar por conta de outrem (77,4%; n=65), sendo a diferença entre esta percentagem de resposta para os que trabalham de forma independente (20,2%; n=17), a segunda resposta mais registada, é saliente.

Também se afere, a partir dos dados obtidos que o maior número de respondentes tem uma situação laboral estável na medida em que trabalham com contrato efetivo e sem termo (53,6%). O segundo maior número de respostas obtidas relativamente à situação laboral dá conta de uma percentagem de 25% de respondentes ainda em situação de estágio ou a realizar uma bolsa.

Na tabela 3, que se apresenta a seguir, apresentam-se os resultados relativos às variáveis profissionais da amostra, nomeadamente as sub-regiões em que desenvolvem a sua atividade profissional e os horários de trabalho.

Tabela 3

Caraterização da amostra quanto às variáveis profissionais *Sub- Regiões Estatísticas Nível I, Sub- Regiões Estatísticas Nível II, Número de Trabalhadores na Empresa, Horário de Trabalho a Tempo Inteiro, Horário de Trabalho Fixo (horário sem variações), Horário de Trabalho em Turnos Fixos (período fixo-manhã, tarde ou noite)*

		Amostra (N= 84)	
		N	%
Sub- Regiões estatísticas nível I	Portugal Continental	76	90,5
	Região A. Madeira	1	1,2
Sub- Regiões estatísticas nível II	Norte	67	79,8
	Centro	9	10,7
	Área Metropolitana de Lisboa	1	10,2
Número de Trabalhadores na empresa	Menor que 10	20	23,8
	Entre 10 e 49	25	29,8
	Entre 50 e 249	20	23,8
	Superior a 249	11	13,1
	Não se aplica	7	8,3
Horário de trabalho a tempo inteiro (horário completo)	Não	32	38,1
	Sim	51	60,7
Horário de trabalho fixo (horário sem variações)	Não	46	54,8
	Sim	28	33,3
Horário de trabalho em turnos fixos (período fixo-manhã, tarde ou noite)	Não	64	76,2
	Sim	10	11,9

A maioria dos respondentes, labora em Portugal Continental (90,5%; n=76) e na Sub-região estatística Nível II Norte (79,8%; n=67) e trabalha no privado (65,5%; n=55). Uma percentagem de 29,8% dos respondentes opera em empresas que têm entre 10 e 49 trabalhadores mas os números de respostas obtidos para trabalhadores de pequenas empresas, com menos de 10 colaboradores, e para trabalhadores de empresas a contar com um número superior a 50 funcionários, não divergem muitos dos valores obtidos para a unidade de resposta mais registada. De facto ambas as opções de resposta contaram com uma frequência de resposta correspondente a 20 respondentes.

Face aos resultados até agora expressos verifica-se coerência para com os dados obtidos ao parâmetro que visava aferir acerca do horário de trabalho. De facto uma percentagem correspondente a 60,7% dos respondentes referiu ter um horário de trabalho completo e apenas 38,1% não tem horário completo. Os mesmos resultados não são, no entanto, visíveis no que concerne aos horários sem variações pois, neste âmbito, a maioria dos respondentes deu conta de que não tem um horário de trabalho fixo (54,8%; n=46) e que também não faz turnos fixos (76,2%; n=64).

De uma forma conclusiva podemos caracterizar a amostra como sendo maioritariamente do sexo feminino, jovem adulta e, também maioritariamente, tendo um nível de escolaridade correspondente a um mestrado. Trata-se de uma amostra que trabalha em Psicologia, maioritariamente por conta de outrem e com grande incidência em Portugal continental, na Sub-região estatística Nível II Norte.

5.2. Caracterizar os níveis de bem-estar, o estado de saúde em geral, o estado de saúde no trabalho e as exigências emocionais do trabalho dos participantes

De seguida passaremos a analisar os dados resultantes das questões que visavam diretamente com os objetivos propostos para o nosso estudo, nomeadamente os níveis de bem-estar, o estado de saúde geral e de saúde no trabalho e as exigências emocionais do trabalho.

Tendo em conta o quadro da análise descritiva dos três tipos de bem-estar a ser avaliados nos participantes, que, recordemos, são profissionais de áreas diferentes da psicologia, em termos gerais, os dados obtidos dão conta da existência de bons níveis de bem-estar emocional, social e psicológico. Tal aferição tem por base os valores mínimos e máximos possíveis para cada uma das dimensões em análise que foram previamente definidos pelos autores da Escala Continuum de Saúde Mental versão reduzida (Adultos) (MHC-SF) (Lamers et al., 2011) e que se situam entre 3 a 18, para a dimensão do bem-estar emocional; 6 a 36 para a dimensão do bem-estar psicológico e 5 a 30 para a dimensão do bem-estar social.

Tabela 4

Análise Descritiva do Bem-estar Emocional (BE_E), Social (BE_S) e Psicológico (BE_P)

	N	Mínimo possível	Máximo possível	Média	Desvio Padrão
BE_E	84	3	18	15,17	1,8
BE_S	84	5	30	20,49	5,5
BE_P	84	6	36	29,87	4,3

Em função destes scores pré-determinados e dos resultados obtidos que se pode verificar na tabela 4, a média registada é, nos três parâmetros analisados, superior ao valor médio. Afere-se que os respondentes têm bons níveis de bem-estar, embora, de entre os três tipos de bem-estar analisados, o que revela melhores valores é o bem-estar emocional.

Tendo em conta o âmbito do estudo elaborado e os objetivos determinados para a nossa investigação, nomeadamente aqueles que visam a caracterização do estado de saúde no trabalho apresenta-se, na Figura 1, os dados relativos à questão “Quais os problemas de saúde”, onde se visava aferir quais os problemas de saúde dos participantes.

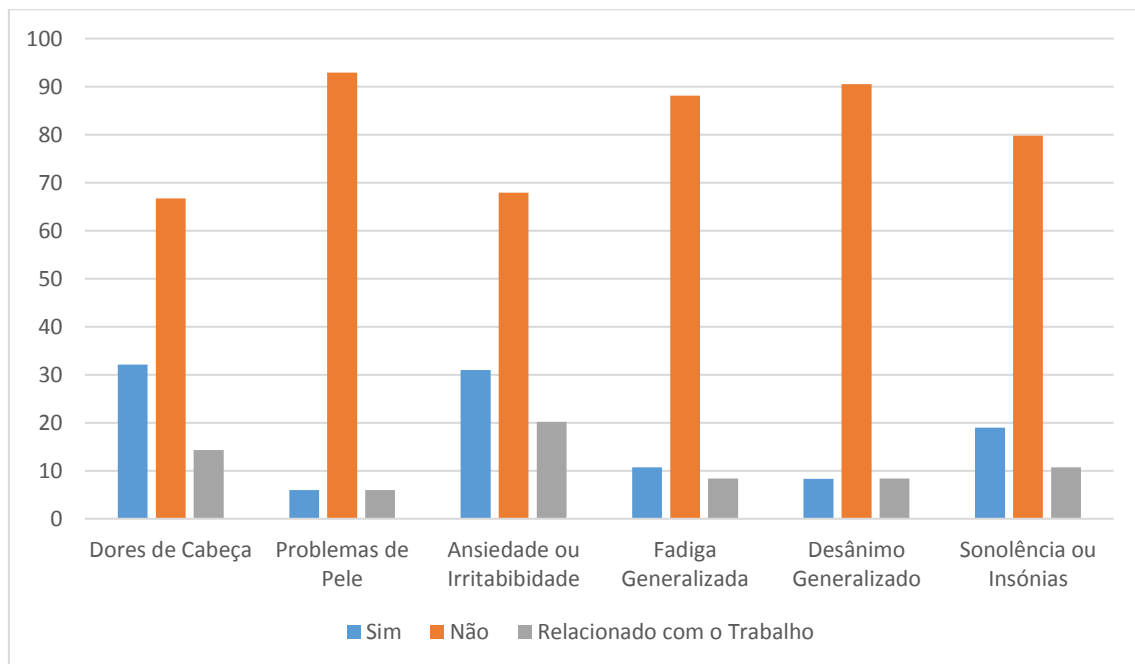


Figura 1

Análise descritiva para a questão “Quais os problemas de saúde” dos participantes

Assim, temos que as dores de cabeça são o problema de saúde mais registado (n=27), logo seguidas dos estados de ansiedade ou irritabilidade (n=26). Mas a relação destes dois problemas de saúde com a pergunta que afere acerca dos mesmos serem derivados do trabalho já coloca os estados de ansiedade e irritabilidade à frente das cefaleias. Ou seja, o número de respondentes que considera padecer de ansiedade e irritabilidade por causa do trabalho (20,2%) é maior do que aqueles que têm dores de cabeça provocadas pelo trabalho (14,3%).

Na sequência dos problemas de saúde mais registados junto da nossa amostra segue-se a sonolência ou insónias com um total de 16 respondentes a admirem sofrer das mesmas, mas destes, apenas 10,6% admitem estar diretamente relacionadas (ou agravadas) com o trabalho.

Um número significativamente inferior (n=9) de respondentes referiu sofrer de fadiga generalizada e destes, apenas 8,4% estabeleceu uma relação direta entre o problema e a sua situação profissional.

Em quinto lugar, contando pelo maior número de respostas obtidas, regista-se o problema de saúde desânimo generalizado, sendo que de entre toda a amostra 7 participantes referem estar nesta condição, e 8,4% dos mesmos, apontam como causa para tal o seu trabalho.

Em último lugar dos problemas de saúde registam-se os problemas de pele com uma frequência de resposta de 5 (n=5) e uma relação entre o problema de saúde e o trabalho contabilizada em 6%.

Na figura seguinte (Figura 2), expõem-se os resultados obtidos à indagação acerca das causas do consumo frequente de medicamentos por parte da amostra.

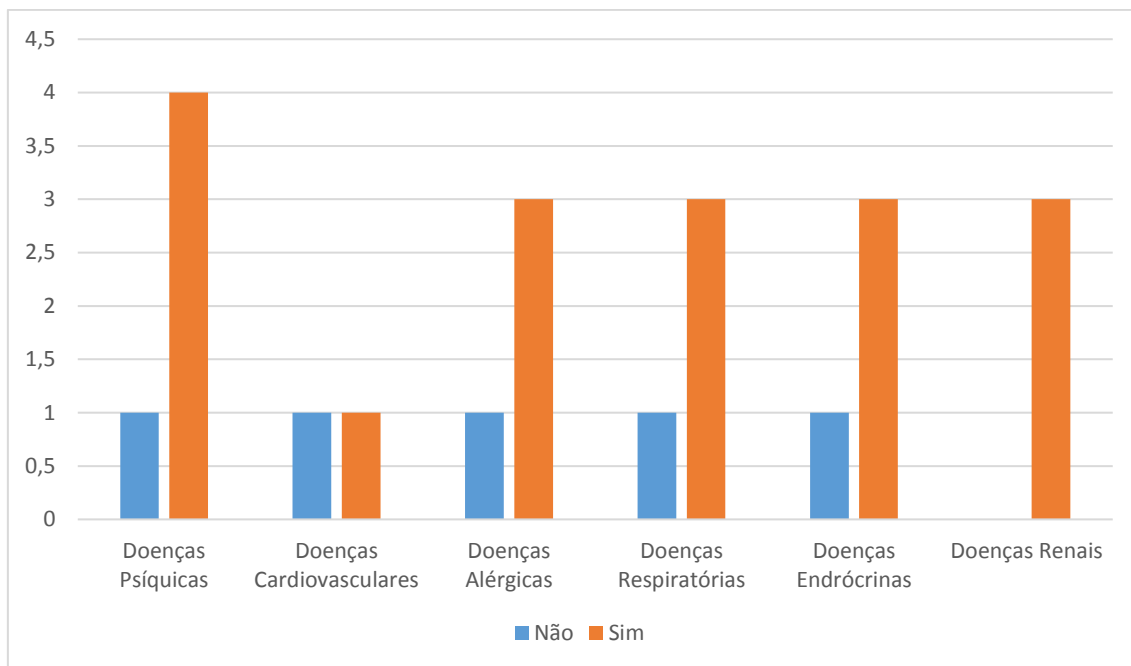


Figura 2

Causas do consumo frequente de medicamentos

Os dados referentes às causas relacionadas com o consumo frequente de medicamentos evidenciam, numa primeira abordagem, um número de respostas relativa a uma amostra substancialmente menor àquela que compõe o nosso estudo, no entanto importa sublinhar que a esta questão apenas responderam os participantes que na questão onde se aferia acerca do consumo frequente de medicamentos responderam afirmativamente (14,3%).

Assim para a Figura 2 os dados apresentados são correspondentes a uma amostra de 12 respondentes sendo que alguns (8) deram respostas múltiplas pois têm mais do que um problema de saúde.

De entre todas as causas apontadas para o consumo frequente de medicamentos as doenças psíquicas são as que reúnem o maior número de respostas num total de 4 indivíduos, 3 sofrem de doenças respiratórias, 3 de doenças endócrinas e outros 3 de doenças alérgicas.

Os dados obtidos dão conta de que os problemas de saúde frequentes afetam um número relativamente pequeno da totalidade da amostra e revelam que as patologias de que os respondentes sofrem são heterogéneas.

Após a análise das causas do consumo frequente de medicamentos, passamos a observar os resultados obtidos para a questão que indagava os participantes acerca do seu absentismo profissional em situação de doença.

Tabela 5

Análise descritiva para a questão “Alguma vez, ao longo dos últimos doze meses, foram trabalhar mesmo estando doentes?”

	N	%
Não	49	58,3
Sim	34	40,5
NR	1	1,2
Total	84	100,0

Na tabela 5 os dados apresentados são relativos à questão: “Nos últimos doze meses tive necessidade de trabalhar mesmo estando doente”. Através dos resultados obtidos pode-se observar que a maioria dos participantes (58,3%; n=49) não foi trabalhar quando estavam doentes. 40,5% dos participantes, no entanto, admitiu ter trabalhado mesmo em situação de doença.

Na tabela 6, que se apresenta a seguir, estão representados os dados relativos às questões donde se visava aferir quais os problemas de saúde dos participantes. Face aos dados apresentados, constatasse que os respondentes apresentam bons níveis de saúde e bem-estar mas há ainda uma percentagem que refere algumas queixas sobre as quais vale a pena refletir.

Os dados relativos à saúde e bem-estar geral dos participantes dão conta de uma relação de evidência entre alguns sintomas de mal-estar e o trabalho, nomeadamente ao nível da unidade de resposta “Ultimamente perco a paciência com facilidade” que obteve uma frequência de resposta de 17 respondentes (20,2%) sendo que, destes, 13 (15,5%) referiram que este estado está relacionado com o trabalho.

Noutras unidades de resposta a relação entre a condição identificada e o relacionamento da mesma com o trabalho não é significativa. De facto, ainda que alguns itens de resposta tenham obtido um elevado número de respostas a relação das mesmas com o número correspondente ao item relacionado com o trabalho não é consistente. Como exemplo para esta aferição temos os resultados obtidos à unidade de resposta, “sinto-me nervoso (a), tenso (a)” que obteve uma

frequência de resposta de 17 (20,2%) mas que quando confrontado com o item relacionado com o trabalho, registou apenas a frequência 9 (10,7%).

Tabela 6

Análise dos itens da dimensão “Saúde e Bem-Estar” (INSAT)

Itens*	Sim		Não		Relacionado com o trabalho			
	n	%	N	%	Sim	Não	Sim	Não
1	13	15,5	71	84,5	5	6,0	5	6,0
3	4	4,8	80	95,2	1	1,2	2	2,4
5	5	6,0	79	94,0	1	1,2	2	2,4
6	1	1,2	83	98,8	-	-	-	-
7	17	20,2	67	79,8	9	10,7	6	7,1
9	5	6,0	79	94,0	2	2,4	2	2,4
13	10	11,9	74	88,1	5	6,0	4	4,8
15	2	2,4	82	97,6	1	1,2	1	1,2
16	5	6,0	79	94,0	2	2,4	3	3,6
20	17	20,2	67	79,8	13	15,5	2	2,4
21	2	2,4	82	97,6	-	-	2	2,4
22	5	6,0	79	94,0	2	2,4	3	3,6
29	11	13,1	73	86,9	4	4,8	6	7,1
30	3	3,6	81	96,4	-	-	2	2,4
31	6	7,1	78	92,9	5	6,0	1	1,2
33	10	11,9	74	88,1	3	3,6	6	7,1
37	2	2,4	82	97,6	1	1,2	1	1,2

* **Legenda:** **1-** Eu estou sempre cansado; **3-** Tudo me desanima; **5-** Tomo comprimidos para dormir; **6-** Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida; **7-** Sinto-me nervoso (a), tenso(a); **9-** Sinto-me só; **13-** Acordo muito cedo e tenho dificuldade e voltar a adormecer; **15-** Custa-me estar com outras pessoas; **16-** Os dias parecem que nunca mais acabam; **20-** Ultimamente perco a paciência com facilidade; **21-** Sinto que não posso contar com ninguém; **22-** Passo a maior parte da noite acordado (a); **29-** Levo muito tempo a adormecer; **30-** Sinto que sou um peso para as outras pessoas; **31-** As preocupações não me deixam dormir; **33-** Durmo mal de noite; **37-** Sinto-me deprimido (a) ao acordar.

Também para a unidade de resposta “estou sempre cansado” verifica-se uma discrepância significativa entre os valores registados na resposta (n=13; 15,5%) e aqueles que se obtiveram para o relacionamento da condição com o trabalho (n=5; 6,0%) e, igualmente, para o item “levo

muito tempo a adormecer” onde se verifica uma diferença de frequência de resposta entre a condição e o relacionamento desta com o trabalho que varia de 11 para 4 respostas afirmativas em função da relação com o trabalho (13,1 para 4,8 %).

Tendo sempre em consideração o objetivo geral delineado como fio condutor da presente investigação onde também se visa aferir acerca das exigências emocionais do trabalho de psicólogos, apresentamos, no Quadro 7, os resultados obtidos para cada um dos itens da dimensão referida, bem assim como o seu score total.

Tabela 7

Análise descritiva dos itens da dimensão “Exigências Emocionais” e do seu score total (INSAT)

Exigências Emocionais*	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
E1	83	0	4	1,04	0,6
E2	78	0	5	1,00	1,0
E3	78	0	5	,96	0,9
E4	77	0	5	,73	1,2
E5	81	0	4	1,28	0,8
E6	79	0	4	,94	0,8
E7	79	0	4	1,14	1,0
EE_ Total	76	0	28	7,13	4,9

* Legenda: **E1**- Exposição e Grau de incómodo em **contacto direto com o público**; **E2**- Exposição e Grau de incómodo com **exigências, queixas e reclamações do público**; **E3**- Exposição e Grau de incómodo ter que confrontar-se com **situações de tensão com o público**; **E4**- Exposição e Grau de incómodo de ter **medo de ocorrência de agressão verbal pelo público**; **E5**- Exposição e Grau de incómodo de ter que **dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas**; **E6**- Exposição e Grau de incómodo de ter que **simular boa disposição ou empatia**; **E7**- Exposição e Grau de incómodo de ter que **esconder emoções**.

Os itens da dimensão “exigências emocionais” variam numa escala de 0-5 em que 0 equivale a “não estou exposto” e 5 equivale a “estou exposto e com grande incómodo”. Em função destes valores quanto maior for o score de cada um dos itens, maior será o grau de exposição e de incómodo.

Conforme se pode observar pela análise da tabela 7, nem todos os participantes responderam aos itens desta dimensão, havendo, portanto omissões.

Da análise feita verifica-se que a grande maioria dos participantes está exposto a exigências emocionais no trabalho, na medida em que o valor médio é superior a 1. No entanto, e por via do somatório dos valores obtidos, nos quais se encontra uma média de 7,13 (no mínimo possível de 0 e no máximo possível de 35) é possível aferir que o grau de exposição não implica grande incómodo.

A partir dos dados obtidos, donde sobressai a já referida aferição de que os participantes não revelam um elevado grau de incómodo, denota-se que, de entre todos os itens propostos na dimensão de “Exigências emocionais” o que tem um resultado mais expressivo quanto à provocação de incómodo junto dos profissionais de psicologia é o ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento das pessoas, seguindo-se o item exposição e Grau de incómodo de ter que esconder emoções.

5.3. Explorar associações entre os níveis de bem-estar, o estado de saúde em geral e as exigências emocionais do trabalho dos participantes

Apresentamos a seguir os resultados das correlações realizadas em função das variáveis consideradas mais significativas.

Pelo facto da amostra não seguir uma distribuição normal e tendo também em conta a natureza das variáveis em estudo trabalhamos com estatística não paramétrica tendo optado pela realização de correlações através da aplicação do coeficiente ρ de Spearman, que mede a intensidade da relação entre as variáveis, não sendo sensível a assimetrias na distribuição.

Através destes procedimentos vamos analisar a relação entre o bem-estar emocional, social e psicológico e a saúde dos psicólogos de uma forma geral e vamos também estudar a relação entre bem-estar emocional, social e psicológico.

Na Tabela 8, que apresentamos a seguir, apresentam-se os resultados obtidos para a análise da relação entre o bem-estar emocional, social e psicológico e a saúde dos psicólogos com o item da escala INSAT “De uma forma geral, como está a minha saúde”.

Quadro 8

Relação entre bem-estar emocional (BE_E), social (BE_S) e psicológico (BE_P) e o item “De uma forma geral, como está a minha saúde” do INSAT

	BE_E	BE_S	BE_P	De uma forma geral como está a minha saúde
BE_E	-	,524**	,587**	-,206
BE_S	,524**	-	,627**	-,066
BE_P	,587**	,627**	-	-,136
De uma forma geral como está a minha saúde	-,206	-,066	-,136	-

*p<.05

**p<.001

Os resultados obtidos são evidenciadores de que apenas existem correlações significativas entre as subescalas do bem-estar pois a forma como os participantes avaliaram a sua saúde não se associa com nenhuma das dimensões do bem-estar.

Na tabela 9, que a seguir se apresenta, mostramos os dados obtidos para a relação entre o bem-estar emocional, social e psicológico e a dimensão “exigências emocionais”. Tal como se pode observar, os itens “Exposição e grau de incómodo de ter medo da ocorrência de agressão verbal do público”, “Exposição e grau de incómodo de ter que simular boa disposição ou empatia” e “Exposição e grau de incómodo de ter que esconder emoções” são aqueles que se associam de forma negativa e significativa ou altamente significativa com algumas das dimensões do bem-estar.

No que diz respeito às três dimensões do bem-estar, verificamos existir uma relação negativa e significativa com os itens “Exposição e grau de incómodo de ter medo da ocorrência de agressão verbal do público” e “Exposição e grau de incómodo de ter que esconder emoções”, o que significa que o bem-estar dos nossos participante é tanto maior quanto menor for a exposição e/ou grau de incómodo com estas exigências. Já no que se refere ao item “Exposição e grau de incómodo de ter que simular boa disposição ou empatia”, verifica-se que este apenas se relaciona de forma negativa e significativa com as dimensões emocional e psicológica do bem-estar, o que nos permite dizer que quanto maior for a exposição/incómodo de ter que simular boa disposição ou empatia, mais baixos são os níveis de bem-estar emocional e psicológico dos nossos participantes.

Tabela 9

Relação entre bem-estar emocional (BE_E), social (BE_S) e psicológico (BE_P) e os valores totais da dimensão “Exigências Emocionais” (EE_Total) do INSAT

	BE_E	BE_S	BE_P	EE1	EE2	EE3	EE4	EE5	EE6	EE7
BE_E	-	,524**	,587**	-,037	-,036	-,092	-,216*	-,078	-,211*	-,255**
BE_S	,524**	-	,627**	-,135	-,149	-,122	-,239*	-,093	-,182	-,241*
BE_P	,587**	,627**	-	-,002	-,138	-,160	-,289**	,007	-,219*	-,252*
EE1	-,037	-,135	-,002	-	,304**	-,242*	,126	,371**	,288**	,239*
EE2	-,036	-,149	-,138	-,304**	-	,788**	,588**	,418**	,132	,291**
EE3	-,092	-,122	-,160	,242*	,788**	-	,674**	,581**	,205*	,391**
EE4	-,216*	-,239*	-,289*	,126	,588**	,674**	-	,368**	,152	,280**
EE5	-,078	-,093	,007	,371**	,418**	,581**	,368**	-	,376**	,479**
EE6	-,211*	-,182	-,219*	,288**	,132	,205*	,152	,376**	-	,770*
EE7	-,255	-,241*	-,252*	,239**	,291**	,391**	,280**	,479**	,770**	-

*p<,05

**p<,01

Legenda: **EE1** – Exposição e grau de incómodo estar em contacto direto com o público;

EE2 - Exposição e grau de incómodo, exigências, queixas e reclamações do público; **EE3** – Exposição e grau de incómodo em confrontar situações de tensão nas relações com o público; **EE4** – Exposição e grau de incómodo de ter medo da ocorrência de agressão verbal do público; **EE5** – Exposição e grau de incómodo de ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas; **EE6** – Exposição e grau de incómodo de ter que simular boa disposição ou empatia; **EE7** – Exposição e grau de incómodo de ter que esconder emoções.

Ao longo do presente capítulo foram apresentados os resultados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos de investigação que nos permitiram definir que a maioria da amostra é do sexo feminino e tem entre 30 e 34 anos de idade. Também se constatou que os participantes casados são tantos quanto os solteiros e que a maioria da amostra não tem filhos. Trata-se de uma amostra que, na maioria, tem um nível de escolaridade de Mestrado e com formação em Psicologia Clínica e da Saúde, trabalhando em consulta psicológica. Na análise aos níveis de bem-estar dos participantes verificou-se que existem bons níveis de bem-estar e que, dentre os três tipos de bem-estar analisados o que revelou melhores valores foi o bem-estar emocional. Ao nível da caracterização do estado de saúde os dados revelaram que o principal problema de saúde dos respondentes são as dores de cabeça, sendo que, apesar disso, não se registou uma associação entre esta patologia e o trabalho. Na observação desta relação a ansiedade e a

irritabilidade foram os problemas de saúde que mais se destacaram. Nos dados de saúde e bem-estar observou-se uma relação de evidência entre o mal-estar e o trabalho no item “ultimamente perco a paciência com facilidade”. A maioria dos participantes revelou estar exposto a exigências emocionais no trabalho. A partir dos dados obtidos foi possível verificar associações significativas no que concerne à exposição e grau de incómodo de ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas.

No próximo ponto, os dados obtidos e agora apresentados são explorados em associação com o estudo do Estado da Arte que compreendeu a primeira parte da presente investigação.

5.4 Discussão dos Resultados

A saúde mental e o bem-estar são conceitos fundamentais para a vida de qualquer pessoa e têm importância em todos os contextos em que esta se desenvolve. De facto, e tanto quanto foi possível determinar no âmbito da abordagem teórica empreendida ao longo do presente estudo de investigação, estes elementos são indispensáveis ao desenvolvimento pessoal e interpessoal dos indivíduos pelo que devem ser promovidas e protegidas sob o ponto de vista social (OMS, 2013).

Da mesma forma também a boa saúde no trabalho é imprescindível para a manutenção da saúde geral dos indivíduos e para o bom funcionamento das organizações (Paschoal, 2008) e esta, a boa saúde, tanto mental quanto física, só se torna possível quando estão reunidos um número considerável de fatores que concorrem para o completo bem-estar dos indivíduos e os afasta de situações negativas como o aparecimento de problemas emocionais e até mesmo do *burnout*.

A classe profissional dos psicólogos, trabalhadores da saúde mental que lidam frequentemente com situações de stress relacionadas com o desempenho das suas funções profissionais mas que também derivam da conjuntura profissional envolvente como, por exemplo, as condições que lhe são oferecidas pelas organizações e pela conjuntura social, está exposta à ocorrência de problemas de saúde mentais e da síndrome do *burnout* (American Psychiatric Association, 2002; Gomes, Melo & Cruz, 2004; Delbrouck, 2006; Richards, Campenni, & Burke, 2010; Negash e Sahin, 2011; Benedetto e Swadling, 2014), pelo que importa que se avalie a sua saúde mental e se determine e caracterize a sua saúde no trabalho; as exigências emocionais a que são expostos em situação profissional; as relações existentes entre a saúde e as referidas exigências emocionais.

Considerando os sintomas apontados por um elevado número de investigadores (American Psychiatric Association, 2002; Benedetto & Swadling, 2014; Carvalho, Rosário & Ribeiro, 2004; Delbrouck, 2006; Gomes, Melo & Cruz, 2004; Negash & Sahin, 2011; Oliveira & Pereira, 2012; Richards, Campenni, & Burke, 2010; Stamm, 2010) para o aparecimento de *burnout* ou problemas emocionais e de saúde mental dos psicólogos e tendo em conta que a fadiga generalizada, a ansiedade e irritabilidade e o desânimo generalizado constam das principais listagens apontadas pela literatura existente (Benedetto e Swadling, 2014; Negash e Sahin, 2011; Richards, Campenni, & Burke, 2010) como sendo sintomas fisiológicos evidentes

da incubação da síndrome e que são em si mesmos indicadores de mal-estar, podemos aferir que a maioria dos psicólogos portugueses tem um bom nível de saúde mental e de bem-estar.

A partir da análise dos dados aferentes a esta questão sobressaem de forma positiva os elevados números de respostas obtidas para a componente negativa das unidades de resposta. Ou seja, a maioria expressiva dos respondentes disse não sofrer de sintomas como o cansaço frequente, o desânimo, as insónias, a falta de empatia para com a vida e todos os outros elementos que constam da questão. As respostas que reuniram uma maior anuência do ponto de vista da possibilidade de resposta “sim” foram as que indicam a existência de nervosismo e tensão e a perda frequente de paciência e, mesmo assim apenas 17 em 84 respondentes admitiram estas condições.

Tendo em conta toda a bibliografia estudada com vista à realização da componente teórica do nosso estudo, os dados obtidos por meio da nossa investigação empírica revelam que os psicólogos portugueses, na generalidade, apresentam níveis elevados de bem-estar e não relatam, de forma significativa, problemas provocados pelas exigências específicas da sua profissão. No entanto importa lembrar que a grande maioria dos participantes no nosso estudo tem uma situação profissional estável, trabalhando por conta de outrem com contrato efetivo e sem termo, o que lhes garante estabilidade profissional. Para além disso, observou-se que o maior número de respondentes afirmou ter um horário de trabalho a tempo inteiro e também admitiu não trabalhar por turnos pelo que, do ponto de vista organizacional e da relação com as formalidades de funcionamento da organização estes inquiridos não têm preocupações e sentem-se em segurança sendo este elemento fundamental para o bem-estar e saúde do trabalhador na organização tal como foi sublinhado pela American Psychological Association (2011).

Os resultados analisados no âmbito da presente discussão não excluem, no entanto, o facto de que os psicólogos estão expostos a exigências emocionais no decorrer do desempenho da sua profissão. De facto, a grande maioria dos inquiridos referiu sentir incómodo no contacto direto com o público, com as exigências, queixas e reclamações e também com o facto de terem que lidar com situações de tensão com o público. Para além disso sobressaiu também o facto dos psicólogos se sentirem muito incomodados quando têm que lidar com as dificuldades e o sofrimento de outras pessoas. De entre estas exigências, aquelas que assumem uma maior expressividade no nosso estudo são as que se relacionam com o medo de ocorrerem situações de agressão verbal por parte do público, com o desconforto causado por ter que esconder

emoções e de ter que simular boa disposição ou empatia, as quais parecem estar associadas com níveis mais baixos de bem-estar, o que parece ir de encontro à bibliografia consultada (Delbrouck, 2006; Kalbers, & Fogarty, 2005; Lago & Codo, 2010; Negash & Sahin, 2011; Roque & Soares, 2012; Schaufeli & Greenglass, 2001; Thompson, 2003).

A partir desta observação, de que existem fatores diretamente relacionados com o exercício da profissão que podem dar origem a mal estar e contribuir para a degradação da saúde dos profissionais de psicologia, os dados obtidos na nossa intervenção empírica parecem ter ido ao encontro do que havia sido afirmado por Campos e Guarido (2007), uma vez que estes autores afirmaram que os psicólogos são afetado pelos problemas e dificuldades dos clientes que tendem a trazer e relatar junto de si questões das suas vidas que não estão diretamente relacionadas com o trabalho a ser desenvolvido.

5.5. Conclusão

A saúde, entendida como um estado de “completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades” (OMS, 1946, s/p) está intimamente relacionada com o bem-estar, conceito que se reveste de ampla complexidade e que engloba três dimensões fundamentais: a emocional, a psicológica e a social.

O entendimento cada vez mais consensual da existência de uma interrelação intrínseca entre a saúde e o bem-estar foi responsável pela introdução da psicologia no próprio conceito de saúde e, por isso mesmo, também pela alteração da visão da saúde que então passou a ser analisada em função do bem-estar mental e de um conjunto de variáveis fundamentais, tais como a satisfação com a vida, a felicidade, os afetos, o bom relacionamento com os outros e com os pares e tantas outras que fazem parte da vida social e psicológica de cada um de nós (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

É desta conscientização da importância das variáveis relacionadas com a componente emocional, social e psicológica dos indivíduos que nasce não só o conceito de saúde positiva (Keyes, 2005) mas, principalmente, a ideia de que a saúde dos profissionais de qualquer área pode ser perturbada pelas condicionantes do seu próprio trabalho mesmo que tal não se verifique de uma forma física.

Dentro deste contexto, as profissões que colocam os profissionais em contacto com situações de sofrimento e stresse são ainda mais suscetíveis de dar origem a situações de desconforto e ao aparecimento de problemas de saúde mental, tal como a profissão de psicólogo, que constituiu o enfoque da nossa investigação.

Os psicólogos profissionais, ainda que capazes por via da preparação académica e profissional, a empreender estratégias de *coping* que lhes permitam manterem-se afastados dos elementos stressores e causadores de mal-estar são, muitas vezes afetados por problemas de *burnout* e Fadiga por Compaixão que perturbam a sua saúde, o seu desempenho profissional e, consequentemente, a saúde dos seus clientes tal como a necessidade de lidar com as emoções dos clientes e de ter que esconder as suas próprias emoções.

A partir da caracterização dos níveis de bem-estar de psicólogos, do estado geral de saúde e de saúde no trabalho e da caracterização da sua atividade profissional, bem como da tentativa de exploração da relação existente entre estas variáveis, verificou-se que os psicólogos têm bons níveis de bem-estar o que pode ser uma demonstração do facto da preparação que estes profissionais têm para o exercício da sua profissão a nível académico ser abrangente e considerar, ainda neste plano, a preparação dos futuros profissionais para as exigências que a profissão lhes vai impor. Neste contexto acreditamos que os estágios profissionais sejam uma mais-valia, na medida em que, neste período de formação, os futuros profissionais contactam, não só com a realidade mas também com profissionais experientes que, eventualmente, lhes ensinam estratégias de *coping* para lidar com desafios profissionais.

No âmbito da análise empreendida à saúde geral dos psicólogos e à sua saúde no trabalho verificou-se que os profissionais tendem a não relacionar os seus problemas de saúde com o exercício da profissão pelo que se conclui, na linha do pensamento acima expresso, que os profissionais de psicologia estão bem preparados para se defenderem das exigências emocionais, sociais e psicológicas que resultam da prática profissional. Neste sentido explica-se o facto de não ter sido estabelecida uma ligação direta e evidente entre os problemas de saúde que têm e o trabalho que desenvolvem, bem como não ter sido encontrada associação entre o estado geral de saúde e o bem-estar. Ainda, por via desta aferição, concluímos que as exigências decorrentes da profissão, nomeadamente aquelas que colocam os psicólogos em contacto direto com o sofrimento dos seus clientes e familiares, levam, a que estes profissionais assumam um papel de neutralidade face aos problemas dos seus clientes.

É neste sentido que se conclui também que as características laborais específicas dos contratos de trabalho e condições do mesmo junto destes participantes podem estar a concorrer para o bem-estar, na medida em que estes profissionais em concreto apresentam boas condições de trabalho.

Não obstante, os resultados obtidos permitem identificar dimensões da atividade profissional que parecem impactar de forma menos positiva no bem-estar destes participantes. Neste sentido, seria importante desenvolverem-se estudos que procurassem explorar e compreender melhor questões como o receio de agressão por parte do público, a necessidade de simular boa disposição e empatia e de esconder as suas próprias emoções.

Referências Bibliográficas

- Agner, E. (2010). Subjective well-being. *Journal of Socio-Economics*, 39, pp. 361-368.
- Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). Personalidade e bem-estar subjetivo: uma abordagem com os projectos pessoais. *Psicologia*. [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>. [Consultado em 05/05/2017].
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), pp. 107–118.
- Alvarez, C., Blanco, Y., Aguado, M., Ruíz, A., Cabaco, et al. (1993). Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *CAESURA: Revista Crítica das Ciências Sociais e Humanas*, 2, pp. 47-65.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychology Association (APA) (2011). Psychological Healthy Workplace. [Em linha]. Disponível em <http://www.apa.org/>. [Consultado em 07/05/2017].
- Araújo, C. G. A. (2008). *A Saúde Mental está doente! A síndrome de burnout em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., Cann, A. (2005). Vicarious Posttraumatic Growth in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, pp. 239-263.
- Arriagada, J. & Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15 (1), pp. 25-31.
- Ballesteros, B., Medina, A. & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia)*, 5 (2), pp. 239-258.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), pp. 289–303.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), pp. 603-612.
- Benedetto M, swadling M. (2014). Burnout in australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *psych, health & Med*. 19(6), pp. 705-15.
- Bion, W.R. *Os elementos da psicanálise: O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout Among Licensed Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), pp. 624-631.

- Campos, F. C. B., & Guarido, E. L. (2007). *O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura*. In M. J. P. Spink. (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-102). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carpenter, A., & Li, M. (2012). Social network research in organizational contexts: A systematic review of methodological issues and choices. *Journal of Management*, 38(4), pp. 1328-1361.
- Carvalho, F., Rosário, M., & Ribeiro, C. (2004). Síndrome de Burnout. *Servir*, 50 (4), pp. 175-180.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), pp. 572-577.
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1), pp. 1-43.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses – Perspetiva 2015*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.
- Doest, L., Maes, S., Gebhardt, W. A., & Koelewijn, H. (2006). Personal goal facilitation through work: implications for employee satisfaction and well-being. *Applied Psychology*, 55(2), pp. 192-219.
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2014). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition*, 29(8), pp. 1496–1504.
- Faria, J.; Schimitt, E., C. (2007). *Indivíduo, Vínculo e Subjetividade: O controle social e Serviço das Organizações*. In FÁRIA, J, H. (Org.). *Análise crítica das teorias e práticas organizacionais*. São Paulo: Atlas.
- Ferreira, M. F. (2008). Percepção do suporte organizacional em hospitais públicos: Estudo em enfermeiros. *Análise Psicológica*, 26(4), pp.697-706.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. Em Figley CR, ed. *Compassion fatigue*. Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- Florio, C. (2010). *Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professionals and Care Givers*. Lexington, KY, USA: CreateSpace,
- Fonte, C.; Ferreira, C.; Alves, S.. (2017). Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: relações entre psicopatologia e bem-estar. *Psique*, 13, pp. 57-74.
- 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), pp. 229-248.
- Freitas, D. D.; Cunha, L. C. (2010). Considerações sobre o conceito de saúde: uma visão dos professores de educação física. *Revista Didática Sistêmica, Edição Especial - Evento Extremos do Sul*. Rio Grande.

- Galinha; Pais-Ribeiro (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), pp. 203-214.
- García-Viniegras, C. & Benitez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación com otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), pp. 586-592.
- Gerritsen, D., Steverink, N., Frijters, D., Ooms, M. & Ribbe, M. (2010). Social well-being and its measurement in the nursing home, the SWON-scale. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 1243-1251.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), pp. 199–208.
- Gomes, A.R., Melo & Cruz, J. (2004). A experiência de stress e burnout em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, pp. 193-212.
- Gómez, M., Gutiérrez, R., Castellanos, S., Vergara, M. & Pradilla, Y. (2010). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia Psicológica*, 28 (1), pp. 69-84.
- Grant, F., Guille, C., & Sen, S. (2013). Well-being and the risk of depression under stress. *PLoS one*, 8, pp. 1–6.
- Hahn, E., Cella, D., Bode, R. & Hanrahan, R. (2010). Measuring social well-being in people with chronic illness. *Social Indicators Research*, 96, pp. 381-401.
- Harsha, N., Ziq, L., Ghandour, R., & Giacaman, R. (2016). Well-being and associated factors among adults in the occupied Palestinian territory (oPt). *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), p. 122.
- Harter, J.K.; Schidt, F.L.; Keyes, C.L.M. (2003). *Well Being in the work place and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup Studies*. In Keyes & Haidt (Eds). *Flourishing: Positive psychology and the life well lived* (p. 205-224). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hervás, G.; Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: the Pemberton Happiness Index. *Health Qual Life Outcomes*, 22, pp. 11-66.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2012). Lovingkindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31(7), pp. 1126–1132.
- Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreus, P. J. (2004). The structure of occupational well-being: a study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, pp. 365-375.
- Huppert FA. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Appl Psychol Health Well Being*, 1(2), pp. 137–64.
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2015). *Inquérito Nacionalde Saúde, 2014*. [Em linha]. Disponível em

<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11INS2014.pdf> [Consultado em 02/06/2017].

- Kalbers, L. P., & Fogarty, T.J. (2005). Antecedents to internal auditor burnout. *Journal of Managerial Issues*, 17 (1), pp. 101-18.
- Kanan, Lilian. (2008). *Características do processo de vinculação de coordenadores de curso com o trabalho e com a universidade*. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 246p. Tese.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), pp. 121-140.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), pp. 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), pp. 539–548.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), pp. 95-108.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology*. In O. Brim, C., Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How Healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago, USA: The University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), pp.2366–2371.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), pp. 1007-1022
- Keyes, C., Cicognani, E., Pirini, C., Joshanloo, M., Rostami, R. et al. (2008). Social participation, sense of community and social well-being: a study on american, italian and iranian university students. *Social Indicators Research*, 89, pp. 97-112.
- Keyes, C., Dhingra, S. & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100 (12), pp. 2366-2371.
- Kilburg, R. R. (1986). *The distressed professional: The nature of the problem*. In R. Kilburg, P. Nathan & R. Thoreson (Eds.), *Professional in distress. Issues, syndrome and solutions in psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Kubzansky, L. D. & Boehm, J. K., (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), pp. 655–691.
- La Placa V, Knight A. (2004). Well-being: Its influence and local impact on publichealth. *Public Health*, 128(1), pp. 38–42.

- Lago, K., Codo, W. (2010). *Fadiga por Compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis. Editora Vozes.
- Lamarca G, Vettore M. O conceito bem-estar e as políticas sociais em avaliação. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2015 Out 22. [Em linha]. Disponível em <http://dssbr.org/site/2015/10/o-conceito-bem-estar-e-as-politicas-sociais-em-avaliacao/> [Consultado em 17/05/2017].
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A metaanalysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), pp. 538–547.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E.T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), pp. 17-25.
- Lessard-Hébert, M. (1996). *Pesquisa em educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, pp. 545–552.
- 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), pp. 55-61.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, pp. 99-111.
- Meyer, J. P.; ALLEN, N. J. (1997). *Commitment in the Workplace*. London: SAGE Publications.
- Muchinsky, Paulo M. (2004). *Psicologia Organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & De Kock, B. (2015). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *Journal of Child and Family Studies*, 6(3), pp- 5-18.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, pp. 85-101.
- Negash, S., & Sahin, S. (2011). Compassion fatigue in marriage and family therapists: Implications for therapists and clients. *Journal of Marital & Family Therapy*, 37(1), pp. 1-13.
- Neri, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de psicología*, 34 (1-2), pp. 55-74.
- Oliveira E. A. (2009). *Empenhamento organizacional nos trabalhadores temporários*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos. Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros – Impacto do trabalho por turnos. *Revista Referência*, 2(7), pp. 43-54.

- Organização Mundial de Saúde (2001). Mental disorders can begin in teenage years and go untreated for life [em linha]. *World Health Organization*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-31.html>. [Consultado em 02/06/2017].
- Organização Mundial de Saúde (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging practice*. Geneva: World Health Organization.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora
- Paparelli, R. B., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Psicólogos em formação: vivências, demandas em plantão psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1), pp. 64-79.
- Paschoal, T. (2008). *Bem-estar no trabalho: relações com suporte organizacional, prioridades axiológicas e oportunidades de alcance de valores pessoais no trabalho*. (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Pestana, c (2003). *Comportamentos de Saúde em Jovens em idade escolar – nota introdutória*. In Matos, M. e equipa do projeto *Aventura social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Piovesan, Armando, & Temporini, Edméa Rita. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29(4), pp. 318-325.
- Pires, S., Mateus, R., & Câmara, J. (2004). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes. *Toxicodependências*, 10(1), pp. 15-23.
- Pombo-de-Barros, C. F., & Marsden, M. (2008). Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1), pp. 112 - 123.
- Public Health Agency of Canada. Mental health promotion: promoting mental health means promoting the best of ourselves [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada.[modified 2014]. [Em linha]. Disponível em <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/index-eng.php> [Consultado em 17/05/2017].
- Queirós, P. J. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Rath, T., & Harter, J. (2010). The economics of wellbeing. [Em linha]. Disponível em <http://www.gallup.com>. [Consultado em 10/05/2017].
- Rebellon, C., Brown, J. & Keyes, M. (2001). *Suicide and mental illness*. In C. E. Faupel, & P. M. Roman (Eds.), *The encyclopedia of criminology and deviant behavior* (Vol. 4, pp. 426-429). Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Richards, C. Campenni, Muse-Burke (2010) Self-care and Well-being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-awareness and Mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*: 32(3), pp. 247-264.

- Roque, Liliana, & Soares, Luísa. (2012). Burnout numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), pp. 2-14.
- Rui, C.; R, R.A.; B, F.C.; C, M.E. (2010). *Envolvimento organizacional em empresas da serra gaúcha*. Artigo. São Paulo.
- Russell, J. E. A. (2008). Promoting subjective well-being at work. *Journal of Career Assessment*, 16(1), pp. 117-131.
- 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, pp. 141-166.
- Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal on Happiness Studies*, 9, pp. 139-170.
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83 (1), pp. 10 – 28.
- Schaufeli, W.B. and Greenglass, E.R. (2001) Introduction to Special Issue on Burnout and Health. *Psychology and Health*, 16, pp. 501-510.
- Scliar, Moacyr. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 17 (1), pp. 29-41.
- Segre, Marco, & Ferraz, Flávio Carvalho. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), pp. 538-542.
- Silva, M., and Valdemarin, VT., orgs. (2010). *Pesquisa em educação: moods e modos de fazer*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica.
- World Health Organization (2006). Constitution of the World Health Organization: Basic Documents, Supplement World Health Organization - Geneva, Switzerland: Author.

