



Associação de Politécnicos do Norte (APNOR)

Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

“A Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental”

Andreia Sofia Marques Paula

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientação:

Professor Doutor Rui Pimenta

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Vila Nova de Gaia, Setembro de 2013



Associação de Politécnicos do Norte (APNOR)

Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

“A Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental”

Andreia Sofia Marques Paula

**Orientação:
Professor Doutor Rui Pimenta**

Vila Nova de Gaia, Setembro de 2013

RESUMO

Os profissionais de saúde mental são o principal instrumento de intervenção nesta área considerada como prioridade de Saúde Pública e estão sujeitos a desgaste emocional e *stress*, que pode afetar negativamente a sua qualidade de vida. Com este estudo pretende-se avaliar a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida relacionada com a saúde nos profissionais de saúde mental. Para responder ao objetivo traçado optou-se por realizar um estudo observacional analítico transversal, com abordagem quantitativa. Foi utilizado o SF36v2 como instrumento genérico de avaliação da Qualidade de Vida, que já se encontra validado para a população portuguesa, complementado por um questionário socioprofissional. A recolha de dados decorreu *online*, de 28 de Janeiro a 30 de Abril de 2013. A amostra foi constituída por 201 profissionais de saúde mental de Portugal Continental. Os profissionais de saúde mental que integraram a amostra revelaram pior percepção do estado de saúde e qualidade de vida, quando comparados com os valores de referência para a população portuguesa com nível de instrução alto. Em termos de domínios do instrumento, piores resultados foram encontrados para todos eles com exceção do domínio Saúde Mental. A avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde mental possibilita a implementação alterações no funcionamento dos serviços de saúde mental, nomeadamente de programas de gestão de *stress*, de estratégias de *coping* e de competências de interação e comunicação entre os profissionais, podendo contribuir para uma melhoria na prestação dos cuidados de saúde aos utentes.

Palavras-chave: qualidade de vida, estado de saúde, profissionais de saúde mental, questionário SF36v2.

ABSTRACT

The mental health professionals are the main instrument for intervention in this area considered as a priority for Public Health and are subject to wear and emotional stress, which can negatively affect their quality of life. This study aims to assess the perception of health condition and quality of life related to health in mental health professionals. To achieve this goal was decided to conduct a cross-sectional analytical study with a quantitative approach. SF36v2 was used as a generic instrument for assessing quality of life, which is already validated for Portuguese population, complemented by a social and professional survey. Data collection took place online from 28 January to 30 April 2013. The sample comprised 201 mental health professionals in Portugal. The mental health professionals who have integrated the sample revealed worse perception of health condition and quality of life when compared with the reference values for the Portuguese population with high level of education. In terms of domains of the instrument, the worst results were found for all of them except the Mental Health. Assessing the quality of life of mental health professionals allows the implementation of changes in the functioning of mental health services, including programs for stress management, coping strategies and interaction and communication skills among professionals and may contribute to an improvement in providing healthcare for patients.

Keywords: quality of life, health condition, mental health professionals, questionnaire SF36v2.

RESUMEN

Los profesionales de la salud mental son el principal instrumento para la intervención en esta área considerada como una prioridad de salud pública y están sujetos a desgaste y estrés emocional, que puede afectar negativamente a su calidad de vida. Este estudio tiene como objetivo evaluar la percepción del estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud en los profesionales de salud mental. Para cumplir con el objetivo fijado se decidió realizar un estudio analítico de corte transversal, con abordaje cuantitativo. SF36v2 fue utilizado como instrumento genérico para evaluar la calidad de vida, que ya está validado para la población portuguesa, complementado con un cuestionario social y profesional. La recopilación de datos se llevó a cabo online desde enero 28 a abril 30, 2013. La muestra consistió en 201 profesionales de la salud mental en Portugal. Los profesionales de salud mental que han integrado la muestra revelaron peor percepción del estado de salud y calidad de vida en comparación con los valores de referencia para la población portuguesa con alto nivel de educación. Por dominios del instrumento, se encontraron peores resultados para todos ellos, excepto en el dominio de la Salud Mental. Evaluación de la calidad de vida de los profesionales de salud mental permite la implementación de cambios en el funcionamiento de los servicios de salud mental, incluyendo programas de manejo del estrés, estrategias de afrontamiento y habilidades de interacción y comunicación entre los profesionales, contribuyendo a una mejora en la prestación de asistencia sanitaria a los pacientes.

Palabras clave: calidad de vida, estado de salud, profesionales de salud mental, SF36v2 cuestionario.

**“Mais importante do que acrescentar dias à sua vida,
É acrescentar vida aos seus dias!”**

(Benjamin, 2009)

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho é fruto de um longo percurso, marcado por diversas etapas, quer de grande entusiasmo, quer de grandes sacrifícios. O produto final não seria possível sem o apoio de várias pessoas às quais quero desde já agradecer.

Ao orientador, Professor Doutor Rui Pimenta por todo o tempo dispendido e apoio prestado na orientação desta dissertação, pelo seu incentivo, paciência e sugestões.

Ao Professor Doutor Henrique Curado e à Professora Alexandra Oliveira pela colaboração no desenvolvimento e produção deste estudo.

A todos os profissionais de saúde pela colaboração ativa nesta investigação, tanto na divulgação como no preenchimento dos questionários, pois sem eles, peças chave em todo este processo, o estudo não seria possível.

Obrigada a toda a minha família. Especialmente agradeço a preciosa motivação que os meus pais me deram ao longo destes anos académicos. Muito obrigada por me terem dado todas estas oportunidades únicas, por me terem apoiado sempre.

Por último, mas não menos importante, obrigada ao namorado e a todos os amigos e colegas pelo carinho, motivação, compreensão e apoio constante no decorrer deste árduo trabalho.

O meu muito obrigado a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADDQOL – Audit Diabetes Dependent Quality of Life

CARES – Cancer Rehabilitation Evaluation System

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CF – Componente Física

CM – Componente Mental

CT – Contrato de Trabalho

DALY - Disability-Adjusted Life-Years

DC – Dor Corporal

DE – Desempenho Emocional

DF – Desempenho Físico

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DIS-QOL – Quality of Life for people with intellectual and physical disabilities

DP – Desvio-padrão

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EAS – Escala de Apoio Social

EORTC - European Research and Treatment of Cancer

EQ-5D – EuroQoL

FF – Função Física

FLIC - Functional Living Index: Cancer

FS – Função Social

HUI – Health Utility Index

IMPACTO-BR – Escala de Avaliação da Sobrecarga de Profissionais em Serviços de Saúde Mental

QdV – Qualidade de Vida

QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

KDQOL-SFTM - Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form

M – Média

MBI – Maslach Burnout Inventory

MOS SF-36 – Medical Outcomes Short-Form 36

MS – Mudança em Saúde

NHP – Nottingham Health Profile

n – Frequência absoluta

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Valor de prova

PIB – Produto Interno Bruto

QALY - Quality-Adjusted Life Years

QLQ-C30 – The quality of life Questionnaire–core 30

QSPS - Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SATIS-BR – Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde Mental

SF-36v2 – a 2.^a versão portuguesa da forma abreviada do Questionário de Estado de Saúde

SF6D – versão curta do SF-36

SG – Saúde Geral

SIP – Sickness Impact Profile

SM – Saúde Mental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SSQOF – Stroke-Specific of Quality of Life

VT – Vitalidade

WES – Work Environment Scale

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. SAÚDE MENTAL	5
1.1 SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	5
1.2 SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	7
2. QUALIDADE DE VIDA.....	8
2.1 CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA.....	8
2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	10
2.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	13
2.4 QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL.....	17
3. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	21
PARTE 2 – CONTRIBUTO EMPÍRICO	24
1. METODOLOGIA	24
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	24
1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
1.3 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	25
1.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
1.5 PROCEDIMENTOS	28
1.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	29
2. RESULTADOS	30
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	30
2.2 INSTRUMENTO (FIABILIDADE).....	35
2.3 RESULTADOS COMPARATIVOS	36
3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	46
4. CONCLUSÕES.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	67
APÊNDICES.....	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estudos relevantes na avaliação da QdV em profissionais de saúde.....	18
Tabela 2. Estudos relevantes na avaliação da QdVRS com o SF-36 em profissionais de saúde..	19
Tabela 3. Estudos relevantes de avaliação dos profissionais de saúde mental	20
Tabela 4. Distribuição de frequências da amostra em função das características pessoais	32
Tabela 5. Distribuição de frequências da amostra em função das características profissionais	34
Tabela 6. Consistência interna dos itens do SF36v2 por dimensões.....	35
Tabela 7. Matriz de correlações entre as dimensões do SF36v2	35
Tabela 8. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões SF36v2 por nível de instrução alto	36
Tabela 9. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por género	37
Tabela 10. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por estado marital.....	38
Tabela 11. Teste T-Student – Inferência estatística índice QdV em função da existência de filhos	38
Tabela 12. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 em função da existência de filhos	39
Tabela 13. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística índice QdV por grau habilitacional.....	39
Tabela 14. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por grau habilitacional	40
Tabela 15. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por cronicidade da população de trabalho	41
Tabela 16. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por faixa etária da população de trabalho	41
Tabela 17. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por tipo de vínculo	42
Tabela 18. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por tipo de horário	42
Tabela 19. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística índice QdV por horas de trabalho semanal	43
Tabela 20. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por horas de trabalho semanal.....	44
Tabela 21. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por coexistência de outra atividade profissional.....	44
Tabela 22. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística índice QdV por grau de satisfação profissional	45
Tabela 23. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por grau de satisfação profissional.....	45
Tabela 24. Número de recursos humanos dos serviços hospitalares em Portugal Continental	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema ilustrativo do Enquadramento Teórico	5
Figura 2. Modelo Factorial SF-36v2 com duas componentes	26

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Questionário de estado de saúde SF-36v2	65
Anexo II. Sistema de pontuação do questionário SF-36v2	69

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I. Questionário Sócio-Profissional	72
Apêndice II. E-mail enviado para divulgação do estudo	75
Apêndice III. Informação acerca do questionário. Consentimento Informado	77

INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma área de preocupação atual e emergente, considerada uma prioridade de Saúde Pública, o que se relaciona, não só com a prevalência de perturbações mentais e o seu previsto aumento, mas também com o facto de estas serem a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade. Por estes motivos, tem-se verificado uma reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal, tendo por base uma abordagem de saúde mental comunitária (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM], 2007; Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2008).

Embora as organizações de saúde se distingam de outros tipos de organizações pelas suas características específicas e pela sua complexidade, estas são idênticas do ponto de vista da gestão, tendo como objetivo prestar serviços e cuidados de saúde de qualidade. Para isso, são necessários procedimentos permanentes de avaliação, com a participação integrada de todas as partes envolvidas: utentes, familiares e profissionais (Bandeira, Ishara & Zuardi, 2007; Comissão das Comunidades Europeias [CCE], 2005; CNSM, 2008). Contudo, o foco de avaliação tem sido os utentes e familiares, em detrimento dos profissionais.

O foco na avaliação da Qualidade de Vida (QdV) dos profissionais de saúde mental prende-se com o ambiente de elevado desgaste emocional e *stress* a que estão sujeitos, o que pode afetar a sua QdV (Bandeira et al., 2007).

Assim, remetendo para a QdV, esta representa a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010). Mais especificamente, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS) traduz a percepção do indivíduo quanto à sua saúde, bem-estar e funcionalidade, incluindo as vertentes física, psicológica, social e de autonomia. Ambos os conceitos são de difícil definição, mas apresentam como características em comum: subjetividade, dinamismo e multidimensionalidade (Fleck, 2000).

É de salientar que, segundo Frade (2010:9), a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a medição da QdV nos seguintes grupos: *“pacientes crónicos, familiares do paciente e pessoal de suporte, pessoas em situações extremas, com dificuldade de comunicação e crianças”*. Este estudo incide-se nos profissionais de saúde mental, podendo estes ser considerados, de acordo com os grupos anunciados, como pessoal de suporte.

A motivação pessoal para realizar esta investigação relaciona-se com o conhecimento e experiência profissional prévia na área de saúde mental, como terapeuta ocupacional. Conhecendo a realidade desta população e dos profissionais de saúde que com ela lidam, acredito que a qualidade de vida relacionada com a saúde destes profissionais esteja diminuída, face à população em geral. Isto aliado ao facto de não se terem encontrado estudos efetuados em Portugal com foco sobre esta variável em profissionais de saúde mental aumentou esta vontade.

Este estudo tem como principal objetivo analisar a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida relacionada com a saúde nos profissionais de saúde mental.

Para responder ao objetivo traçado optou-se por realizar um estudo observacional analítico transversal, com abordagem quantitativa.

A população do estudo é constituída por todos os profissionais de saúde que trabalham na área de saúde mental em Portugal Continental. A amostragem é probabilística, sendo a amostra constituída pelos profissionais que aceitaram livremente participar nesta investigação, após receberem e-mail de divulgação e informação sobre a mesma.

Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados: a 2.^a versão portuguesa da forma abreviada do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2) para avaliação da auto perceção do estado de saúde e um questionário sócio-profissional para caracterizar a amostra. A recolha de dados decorreu *online*, de 28 de Janeiro a 30 de Abril de 2013.

A análise de dados foi efetuada por via informática, através da versão 20.0 do programa Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), com recurso a estatística descritiva e inferencial.

Como finalidades do estudo apontam-se: demonstrar a necessidade de promover alterações no funcionamento dos serviços de saúde mental em Portugal e de implementar programas de gestão de *stress*, de estratégias de *coping* e de competências de interação entre as diferentes categorias de profissionais de saúde, e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais em questão e, indiretamente, para a qualidade de vida da população em geral e qualidade dos serviços prestados aos utentes.

O presente trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos, um relativo ao enquadramento teórico e outro que respeita ao contributo empírico.

Para o enquadramento teórico efetua-se uma revisão sistemática da bibliografia, abrangendo as temáticas envolvidas. No início do primeiro capítulo, aborda-se o tema da saúde mental, dos serviços de saúde mental e das especificidades dos profissionais desta área. Inclui-se, ainda, no capítulo a temática da qualidade de vida, da qualidade de vida relacionada com a saúde, dos instrumentos de avaliação desta variável e da qualidade de vida em profissionais de saúde mental. No fim deste capítulo, são expostos os objetivos e as hipóteses de investigação.

O contributo empírico engloba a caracterização do estudo, a definição da população e amostra, a apresentação dos instrumentos de avaliação utilizados, a descrição dos procedimentos realizados, as considerações éticas tidas em conta e as técnicas de tratamento e análise de dados. A apresentação dos resultados caracteriza a amostra e organiza os resultados de acordo com as características socioprofissionais analisadas. Na discussão são relacionados os resultados obtidos com os de outros estudos previamente realizados. Por fim, são apresentadas as limitações

do estudo e sugestões para investigação futura e termina-se com uma síntese das conclusões que podem ser retiradas deste estudo.

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o enquadramento teórico, no qual se começa com a alusão a aspetos relacionados com a área de saúde mental e posteriormente se direciona para a temática da QdV. Por fim, são definidos os objetivos e anunciadas as hipóteses desta investigação.

A investigação iniciou-se pela realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, que decorreu de Setembro a Julho de 2013.

No que diz respeito à recolha de informação do presente capítulo, utilizaram-se diferentes fontes, tanto em suporte digital como de papel. Para o acesso a publicações em suporte digital utilizou-se a plataforma scholar.google.pt e a base de dados da Biblioteca do Conhecimento Online, na qual se focaram os resultados originados pelos recursos Medline, Pubmed e SciencDirect.

Em termos de estratégia de busca utilizou-se a combinação das seguintes palavras-chave: “quality of life”, “SF-36”, “mental health” e “healthcare professionals” em inglês sem restrição de ano. Da mesma forma foi efetuada pesquisa a partir da tradução das mesmas palavras, em português.

A pesquisa foi também direcionada para os estudos portugueses que realizaram a adaptação cultural e linguística e a validação do instrumento SF-36v2, assim como para os estudos que contribuíram para a definição de normas portuguesas para o mesmo.

Os resultados da pesquisa realizada que deram origem ao Enquadramento Teórico, encontram-se ilustrados na Figura 1.

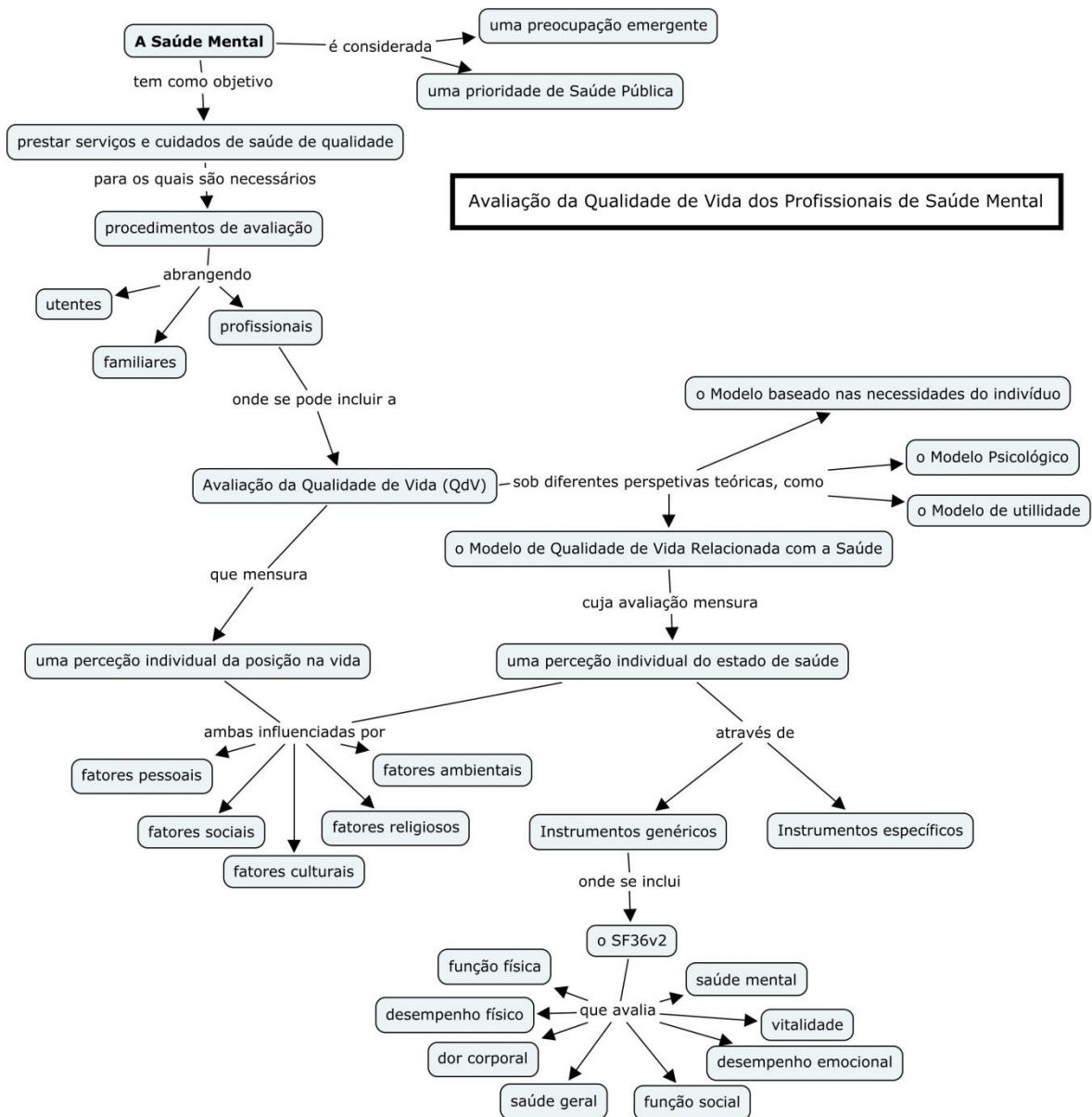


Figura 1. Esquema ilustrativo do Enquadramento Teórico

1. SAÚDE MENTAL

1.1 SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A OMS define a Saúde Mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (CCE, 2005: 4).

Desta forma, a Saúde Mental não é apenas a ausência de doença mental e sem ela não há saúde, estando também estreitamente ligada com a saúde física (CCE, 2005; Organização

Mundial da Saúde [OMS], 2001; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2001).

Ela engloba conceitos de bem-estar subjetivo, autonomia, competência, dependência intergeracional e auto-realização intelectual e emocional (OMS, 2001, 2004).

Já a doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais considerados clinicamente significativos, que afetam o funcionamento e comportamento emocional, intelectual e social (CCE, 2005; Esteves, 2011). Estas doenças são classificadas consensualmente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS (2008) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) da American Psychiatric Association (2002).

A doença mental é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo abranger pessoas de qualquer idade, género ou país/comunidade (OMS, 2001).

Estima-se que cerca de 20 a 25% da população mundial seja acometida por uma doença mental em alguma altura da sua vida, correspondendo a cerca 450 milhões de pessoas a sofrer neste momento deste tipo de perturbação (OMS, 2001, 2004). Portugal apresenta uma das mais elevadas prevalências de perturbações mentais da Europa (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2012).

Estudos indicam ainda que os problemas de saúde mental se converteram na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade e morte prematura, em especial nos países ocidentais industrializados (CNSM, 2008; DGS, 2012). É de salientar que o índice de anos vividos com incapacidade causada por estas perturbações atinge, na Europa, os 40% (DGS, 2012).

Acrescenta-se o previsto aumento significativo dos problemas de saúde mental, tanto devido ao envelhecimento da população e aumento da esperança média de vida, como pela crise financeira que se vive e que conduz a agravamento dos problemas sociais (CNRSSM, 2007; OMS, 2001, 2004; Parlamento Europeu, 2009; DGS, 2012).

Assim, a saúde mental é uma área de preocupação atual e emergente, considerada uma prioridade de Saúde Pública (CCE, 2005; CNSM, 2008; CNRSSM, 2007; DGS, 2004; OMS, 2001).

Como se pode deduzir pelos dados anteriores, a carga e o custo económico resultante destas doenças para a sociedade é elevado, não só pelos custos diretos que advêm de despesas de assistência em saúde e serviços sociais, mas também devido a custos relacionados com diminuição de produtividade, não só para o indivíduo como para a família, incapacidade e reformas antecipadas por invalidez (CCE, 2005; CNSM, 2008; OMS, 2001; DGS, 2012).

Estima-se que o custo económico na União Europeia ronde os 3 a 4% do Produto Interno Bruto (PIB), atingindo os 20% de todos os custos da saúde, apesar de, em termos de orçamento,

esta área apenas representar, na maioria dos países, menos de 1% dos gastos totais em saúde (CCE, 2005; CNSM, 2008; OMS, 2001; DGS, 2012).

1.2 SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

Seguindo a tendência internacional e, em particular Europeia, em Portugal têm-se verificado esforços no sentido de reestruturar os serviços de saúde mental, através da implementação de reformas como, por exemplo, a criação de serviços melhor integrados no sistema geral de saúde e descentralizados, o foco na reabilitação psicossocial e na desinstitucionalização dos doentes mentais graves, substituindo os cuidados baseados no hospital psiquiátrico por uma abordagem de saúde mental comunitária (CNRSSM, 2007; CNSM, 2008; DGS, 2004).

Anteriormente os serviços de saúde mental eram centrados em asilos e grandes hospitais, separados do sistema geral de saúde (CNRSSM, 2007; Esteves, 2011).

Os progressos a nível científico, nomeadamente o aparecimento dos psicofármacos, dos processos de intervenção psicoterapêuticos e dos programas de reabilitação psicossocial, e os avanços sociais, concedendo-se o direito ao tratamento aos doentes mentais, permitiram e estimularam, já no século XX, um tipo de intervenção comunitária, em detrimento dos cuidados prestados em hospitais psiquiátricos (Alves & Silva, 2004; CNRSSM, 2007; Cordeiro, 2005; Esteves, 2011; Ferreira, Firmino, Florido, Gamanho & Jorge, 2006; Rato, 2009; Santos, A. I., 2009). Para isso também contribuiu a transição de uma medicina com foco no tratamento para uma medicina preventiva, centrada na saúde, ao invés da doença, e na comunidade, ao invés do indivíduo (CNRSSM, 2007; Cordeiro, 2005).

Estudos têm então demonstrado vantagens na abordagem comunitária para todas as partes, designadamente: melhoria na acessibilidade da população aos cuidados, o facto de ser uma abordagem mais eficaz e efetiva em termos de intervenção terapêutica, com melhores efeitos sobre a QdV dos pacientes, redução do número e duração dos internamentos, minimização do estigma e discriminação e promoção autonomia e inclusão social (CCE, 2005; CNRSSM, 2007; DGS, 2004; OMS, 2001; OPAS, 2001; Santos, A. I., 2009).

De acordo com a CNRSSM (2007), as políticas orientadas para a comunidade pressupõe uma articulação estreita com os cuidados de saúde primários. Neste sentido, a primeira tentativa de ligação dos cuidados de saúde mental aos cuidados primários surgiu na década de 60 e elas sucederam-se pelos anos 80, tendo sido criada uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental no âmbito da DGS, cujos resultados originaram a base fundamental da atual Lei de saúde Mental (Alves & Silva, 2004; CNRSSM, 2007; DGS, 2004; Esteves, 2011).

Contudo, apenas em 2004, após a publicação da Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, esta área tem sido alvo de especial atenção, sendo posteriormente incluída no

Plano Nacional de Saúde (CNRSSM, 2007; Esteves, 2011) e criado um Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) que tem como visão: “assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas” (CNSM, 2008: 13).

Neste momento os serviços de saúde mental em Portugal pertencem maioritariamente ao sector público ou social (CNRSSM, 2007). Estes serviços organizam-se em rede, incluindo internamento em hospitais gerais, unidades de internamento parcial, atendimento no ambulatório e intervenções domiciliárias que funcionam em cooperação com os cuidados de saúde primários, o sector social e outras agências da comunidade, como educação e emprego (CNRSSM, 2007). Estão, ainda, a ser criadas a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e as unidades de psiquiatria e saúde mental em hospitais gerais, assim como em desenvolvimento as unidades de saúde familiar, que irão articular e cooperar com os serviços já existentes (CNRSSM, 2007; CNSM, 2008).

2. QUALIDADE DE VIDA

2.1 CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

O conceito de QdV é relativamente recente, datando da década de 60, e tem sido alvo de numerosos estudos com o objetivo de o definir e de encontrar uma forma de avaliação científica e sistémica (Garrido, 2004; Gonçalves, 2008; Gonçalves, 2010).

A expressão “qualidade de vida” tem sido utilizada em diversas áreas, inicialmente relacionada com a economia e o bem-estar material (Wood-Dauphine, 1999; Morais, 2010); posteriormente, o conceito foi alargado à política, ao trabalho, à educação e à saúde, entre outras (Bowling, 2001; Morais, 2010).

Este termo encontra-se relacionado com valores de conotação positiva como saúde, bem-estar, felicidade e satisfação com a vida (Costa, 2012), sendo por vezes usado como sinónimo destes (Lentz, Castenaro, Gonçalves & Nassar, 2000; Lima, 2002; Garrido, 2004; Gonçalves, 2008; Gonçalves, 2010; Gonçalves, 2012).

Para Lino (2004), por exemplo, a QdV associa-se a um grau de satisfação com os domínios da vida valorizados pelo indivíduo, isto é, com as suas experiências de vida.

Já para Minayo, Hartz & Buss (2000: 8):

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar”.

Os autores afirmam que alguns valores não materiais, como amor, liberdade, felicidade, solidariedade, inserção social e realização pessoal também surgem associados a esta conceção (Minayo et al., 2000).

Contudo, sendo este um conceito de difícil definição, e não existindo consenso sobre a temática, a OMS criou um grupo de especialistas, o World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) Group (1994 citado por Canavarro et al., 2010: 1), destinado a estudar a qualidade de vida, que a definiu como:

“Percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A dificuldade na definição deste conceito relaciona-se com as múltiplas variáveis que incidem sobre o seu significado (Anes & Ferreira, 2009), observando-se que este varia entre diferentes pessoas, culturas e épocas (Leal, 2008; Paschoal, 2000).

Apesar da não concordância face à definição da QdV, ela existe no que diz respeito a algumas das suas características, entre as quais a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade, isto é, presença de dimensões positivas (como, por exemplo, a mobilidade, autonomia, desempenho de papéis sociais) e negativas (como, por exemplo, a dor, fadiga, dependência) (Minayo et al., 2000; Paschoal, 2000).

A sua subjetividade reflete a percepção individual, na qual estão implicados valores, crenças, expectativas e preferências (Bowling, 2001; Fleck, 2000; Monteiro, 2011, Morais, 2010).

O facto de conter vários domínios determina o seu carácter multidimensional, que segundo Fleck et al. (1999) são o físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Ocorre também variação temporal, pois para o mesmo indivíduo pode variar de acordo com o seu estado de espírito ou humor (Paschoal, 2000; Zanei, 2006). É por isto que a QdV deve ser avaliada unicamente pelo próprio indivíduo (Calvetti, Figuera, Muller & Poli, 2006; Frade, 2010; Morais, 2010).

Como se pode depreender, existem diversas variáveis que influenciam a QdV, entre as quais o estilo de vida atual, as experiências prévias, os objetivos e expectativas de vida, sistema de apoio, nível de *stress* no trabalho (Araújo & Araújo, 2000; Garrido, 2004; Gonçalves, 2010), sem esquecer os aspetos históricos, culturais e sociais, pois são estes que determinam os já mencionados valores, crenças e necessidades das sociedades e dos indivíduos (Costa, 2012; Minayo et al., 2000; Paschoal, 2000).

Das diferentes perspectivas teóricas que permitem a compreensão deste constructo, destacam-se:

- O Modelo Psicológico que foca a diferença entre ter uma doença e sentir-se doente, destacando que os estados físico e psicológico se influenciam mutuamente e, assim, a qualidade de vida depende da percepção do indivíduo face aos seus sintomas e incapacidades (Almeida, 2003; Lima, 2002).
- O Modelo baseado nas necessidades do indivíduo expõe a relação, no sentido direto, entre a capacidade do indivíduo suprir as suas necessidades e a qualidade de vida (Lima, 2002).
- O Modelo de Utilidade (“*utility*”) que reflete a escolha do utente ou sociedade por um “*outcome*” específico entre qualidade e quantidade de vida, isto é, a preferência, face a um procedimento, entre sobreviver independentemente do que isso implica ou viver menos tempo mas em melhores/determinadas circunstâncias (Almeida, 2003; Gonçalves, 2012; Lima, 2002).
- O Modelo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde que assume a saúde como a variável mais importante na qualidade de vida e o desempenho como a dimensão a afetar a mesma, ao invés da doença, focando assim a capacidade funcional do indivíduo; é por este motivo, por alguns autores denominado como modelo funcionalista (Almeida, 2003; Lima, 2002; Oliveira, 2010).

2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Verifica-se, assim, a existência do conceito de qualidade de vida de forma mais genérica e abrangente, que inclui a saúde como um dos seus componentes, e o conceito de QdVRS que se distingue do anterior, pela sua especificidade e ênfase nos aspetos relacionados com a saúde (Monteiro, 2011; Morais, 2010; Rodrigues, 2007; Seidl & Zannon, 2004).

Vários autores reforçam a importância da saúde na QdV. De todos os fatores possíveis de influenciar a qualidade de vida, Praça (2012) defende a ênfase sobre os aspetos relacionados com a saúde. Para Faria (2009) e Gonçalves (2010), a saúde é mesmo a variável que melhor explica a QdV.

Pela integração da noção de saúde no conceito de QdV (Gonçalves, 2010), para esta conceção em muito contribuiu a definição de saúde pela OMS como “*estado de completo bem-estar físico, mental e social*” e “*não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade*” (OMS, 2001). Assim, similarmente à qualidade de vida, o conceito de saúde passou a ser considerado como subjetivo, dinâmico e associado a aspetos positivos, salientando-se a importância das condições sociais, ambientais e económicas e educacionais, deixando de estar a componente biológica em relevo (Buss, 2000; Costa, 2012; Garrido, 2004; Praça, 2012).

Relacionando os conceitos de saúde e QdV, Ferreira (1998: 17) declara que:

“A qualidade de vida é a percepção, única e pessoal de vida, marcada por muitos factores interrelacionados, como a situação sócio-económica, o clima político, os factores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros. Os cuidados de saúde não podem alterar os factores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes inevitavelmente afectam a saúde e o estado de saúde”.

Também demonstrando a relação entre estes dois conceitos, Rodrigues (2007) afirma que a saúde é o objeto de intervenção e a qualidade de vida é o objetivo e, assim, ao intervir sobre a saúde é possível melhorar a qualidade de vida.

A crescente importância da QdV na área da saúde deve-se, em parte, à procura de maior bem-estar para população e, conseqüentemente, à necessidade de definir e melhorar as estratégias de promoção de saúde (Almeida, 2003; Monteiro, 2011; Praça, 2012; Trentini, 2004).

Apresentando algumas definições de QdVRS, Bowling (1995 citado por Garrido, 2004) refere-se a esta como:

“O nível óptimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, percepções de saúde, bom nível de condição física, satisfação e bem-estar”.

Auquier et al. (1997 citado por Minayo et al., 2000) interpreta QdVRS como:

“O valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e económica do sistema assistencial”.

Já Cleary et al. (1995 citado por Seidl & Zannon, 2004) descrevem-na como:

“Os vários aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”.

Mais uma vez, torna-se evidente a não existência de uma definição única e consensual (Santos & Ribeiro, 2001).

Este conceito apresenta características idênticas à QdV no que respeita à sua subjetividade, dinâmica e multidimensionalidade.

Desta forma, mantém-se a subjetividade inerente ao conceito uma vez que se tem em conta a percepção do indivíduo face ao seu estado de saúde e funcional. Esta subjetividade estende-se à medida de avaliação, sendo também esta subjetiva, contrastando com a atenção anteriormente focada em medidas quantitativas como, por exemplo, indicadores de morbilidade e mortalidade (David, 2008; Gonçalves, 2012).

Pelos múltiplos domínios que abarca, também a QdVRS é um conceito multidimensional. São usualmente aceites como domínios específicos do estado de saúde percebido, devendo os que se seguem ser incluídos na avaliação desta variável: os sintomas físicos, o funcionamento psicológico, o funcionamento social e o estado funcional (Praça, 2012; Santos & Ribeiro, 2001).

Os sintomas físicos relacionam-se com os sintomas de doença ou efeitos do tratamento, incluindo, por exemplo, a dor, assim como com a sensação de bem-estar do indivíduo. O funcionamento psicológico associa-se ao *stress*, ansiedade, depressão, medo ou outros; o bem-estar emocional existe quando o indivíduo tem a capacidade de se adaptar às situações e acontecimentos e as encara de forma positiva. O funcionamento social diz respeito aos relacionamentos familiares e sociais e à participação em atividades sociais. O estado funcional provém da capacidade do indivíduo para realizar autonomamente um conjunto de atividades diárias que lhe permitem satisfazer as suas necessidades pessoais, envolvendo atividades de auto cuidados e mobilidade (Gonçalves, 2010; Praça, 2012).

Outros autores, nomeadamente Bowling (2001) e Praça (2012), acrescentam a importância de incluir domínios relacionados com o desempenho laboral ou ocupacional, com a vertente religiosa/espiritual e com aspetos de natureza económica.

Neste sentido, Cianciarullo (1998 citado por Cecagno, Gallo, Cecagno & Siqueira, 2003) realça que:

“O estado de saúde, pressupõem condições dignas de trabalho, renda, de alimentação e nutrição, de educação, de moradia, de saneamento, de transporte e de lazer, assim como o acesso a esses bens e serviços essenciais, e o reconhecimento e salvaguarda dos direitos do indivíduo, como sujeito as ações e serviços de assistência em saúde.”

Salienta-se a sobreposição e inter-relação entre os componentes apresentados, assim como a influência que exercem entre eles (Gonçalves, 2010; Praça, 2012).

A envolver em termos de avaliação destaca-se a inclusão da avaliação global, através do somatório de todos os componentes (Praça, 2012; Santos & Ribeiro, 2001).

A avaliação da QdVRS é útil, não só para a prática e investigação clínicas, mas também para a economia, políticas de saúde e sociais e tomadas de decisão (Praça, 2012; Wood-Dauphinee, 1999).

Esta avaliação engloba o impacto físico, psicossocial e global que as doenças e os tratamentos acarretam aos doentes na sua perspetiva, o que proporciona a adaptação da intervenção à sua condição, influenciando as decisões e procedimentos terapêuticos. Facilita também monitorizar a evolução dos doentes, medir a qualidade do serviço prestado e, ainda, adquirir evidência sobre possíveis benefícios e efeitos das intervenções terapêuticas em ensaios clínicos (Anes & Ferreira, 2009; Morais, 2010; Seidl & Zannon, 2004; Paschoal, 2000).

Em consequência, em termos de saúde coletiva, esta serve de indicador para avaliar a eficácia, eficiência e o impacto dos tratamentos em grupos de portadores de patologias diversas, admitindo a comparação os procedimentos utilizados na mesma doença (Moraes, 2010; Neto, 2011).

A avaliação do estado de saúde da população fornece dados normativos que servem de comparação para dados recolhidos de amostras populacionais específicas, permitindo confrontar os valores entre grupos e detetar iniquidades face a condições de saúde por patologias, zonas geográficas, condições sociais ou económicas (Ferreira & Santana, 2003; Paschoal, 2000).

Devido à preocupação económica inerente à escassez de recursos de saúde, a avaliação de QdV tem sido considerada importante para o planeamento e a tomada de decisão neste contexto de cuidados de saúde, uma vez que é necessário maximizar os recursos existentes (Praça, 2012). Por este motivo, também a avaliação do impacto das políticas sociais e de saúde implementadas, que esta mensuração permite, auxilia a alocação dos recursos de acordo com as necessidades (Paschoal, 2000).

Este estudo incide-se nos profissionais de saúde mental, podendo estes ser considerados pessoal de suporte. Segundo Frade (2010: 9), a OMS recomenda a medição da QdV nos seguintes grupos: *“pacientes crónicos, familiares do paciente e pessoal de suporte, pessoas em situações extremas, com dificuldade de comunicação e crianças”*.

2.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A partir da década de 70 tem-se verificado evolução no desenvolvimento de instrumento para avaliar e medir QdV, designadamente a QdVRS (Gonçalves, 2010; Domingues, 2008; Wood-Dauphinee, 1999).

É importante que existam instrumentos transculturais, em especial na saúde, uma vez que estes facilitam a investigação internacional, de estudos epidemiológicos, ensaios clínicos, economia da saúde ou outros, em que a qualidade de vida da população é essencial (Bullinger, Anderson, Cella & Aaronson, 1993). Igualmente para a prática clínica é vantajosa a utilização de instrumentos standardizados, de forma a cruzar e comparar informação (David, 2008).

Desta forma, apesar de grande parte dos instrumentos serem desenvolvidos em culturas de língua inglesa, os mesmos têm sido adaptados e validados noutros países e culturas, notando-se uma preocupação significativa com as propriedades psicométricas dos mesmos (Garrido, 2004; Praça, 2012; Wood-Dauphinee, 1999).

Como propriedades fundamentais assinalam-se:

- 1) Validade, ou seja, a capacidade de medir realmente aquilo que se pretende medir, referindo-se à sua capacidade de representar o objeto de estudo;
- 2) Fiabilidade, sendo coerente na produção de resultados idênticos quando aplicado repetidamente ao mesmo indivíduo e nas mesmas condições e
- 3) Poder de resposta, isto é, sensibilidade a mudanças clinicamente importantes no mesmo indivíduo no decorrer do tempo ou entre indivíduos (Ferreira & Marques, 1998; Frade, 2010; Gonçalves, 2010; Oliveira, 2010; Praça, 2012; Zanei, 2006).

Ferreira & Marques (1998) consideram outra característica importante: o poder de interpretação, que se relaciona com o conhecimento do significado dos valores encontrados.

Como dito anteriormente, é o indivíduo quem experiencia a sua saúde e a forma como se sente sendo, por isso, a melhor fonte de informação sobre a sua qualidade de vida, a auto-avaliação é o método de resposta mais adequado e eficiente (Praça, 2012; Santos, 2002; Zanei, 2006).

A avaliação desta variável pode ser realizada através de instrumentos genéricos ou específicos (Ferreira & Neves, 2002; Frade, 2010; Leal, 2008; Nogueira-Martins, 2010).

Os instrumentos genéricos permitem fazer avaliações globais, uma vez que têm a capacidade de avaliar múltiplas dimensões da QdV, destinando-se à população geral, podendo ser utilizados para qualquer tipo de doente, para além da população saudável (Domingues, 2008; Gonçalves, 2010; Nogueira-Martins, 2010; Oliveira, 2010; Praça, 2012; Santos, 2002; Zanei, 2006).

Estas medidas objetivam medir mudanças clinicamente importantes, possibilitando a comparação do grau de comprometimento da QdV associado a diferentes condições ou doenças e o seu resultado face à população geral, assim como as alterações/melhorias da mesma como consequência de diferentes intervenções terapêuticas (Domingues, 2008; Gonçalves, 2010; Praça, 2012).

Alguns dos instrumentos de medida genéricos são: o *Medical Outcomes Short-Form 36* (MOS SF-36), o WHOQOL, o *Nottingham Health Profile* (NHP), o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *EuroQoL* (EQ-5D) e o *Health Utility Index* (HUI) (Domingues, 2008; Frade, 2010; Gonçalves, 2010; Leal, 2008; Praça, 2012; Wood-Dauphinee, 1999).

Assim, foi pelo interesse na medição desta variável e pela inexistência de um instrumento de avaliação transcultural e subjetivo que o permitisse fazer, que o WHOQOL Group, previamente referenciado, desenvolveu um instrumento de avaliação da qualidade de vida geral: o WHOQOL (Calvetti et al., 2006; Canavarró et al., 2010; Canavarró, Pereira, Simões, Pintassilgo & Ferreira, 2008; Fleck, 2000; Gonçalves, 2010; Morais, 2010). Este instrumento apresenta 100 questões e avalia 6 dimensões: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais (Fleck et al., 1999; Fleck, 2000). Mais tarde, a OMS desenvolveu

uma versão abreviada com 26 questões (o WHOQOL-Bref), abrangendo 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck, 2000; WHO, 1996).

O MOS SF-36 foi originalmente criado por Jonh Ware Jr e Cathy Sherbourne com o propósito de avaliar a percepção do estado de saúde individual, através de um questionário genérico de auto-preenchimento (Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde [RIMAS], 2011; Rodrigues, 2007). Está adaptado culturalmente em inúmeros países e já foi utilizado para populações com diferentes patologias (Praça, 2012; Zanei, 2006). O Questionário de estado de saúde, assim denominada a versão portuguesa do SF-36v2, advém de um processo de validação e adaptação cultural e linguística deste, realizado por Ferreira (2000a, 2000b).

Este questionário contém 36 itens de resposta fechada, que permitem avaliar oito dimensões de saúde: Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), Vitalidade (VT), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE) e Saúde Mental (SM). Permite, ainda, agrupar os itens ainda em duas componentes: física (CF) e mental (CM) (Ferreira & Marques, 1998; Ferreira & Neves, 2002; Ferreira & Santana, 2003; RIMAS, 2011; Rodrigues, 2007; Ware & Gandek, 1998).

Ainda no âmbito das avaliações genéricas existem as medições de preferências dos indivíduos, medidas através das utilidades que estes associam aos estados de saúde e que, combinadas com a esperança de vida, conduzem ao cálculo dos *Quality-Adjusted Life Years* (QALY). Estes representam o custo por ano de vida ganho, ajustado à qualidade (Minayo et al., 2000) ou, de acordo com Ferreira & Neves (2002: 403), o “*valor relativo ou desejo de estar em diferentes estados de saúde*”. Segundo Paschoal (2000), estas medições têm como objetivo “*maximizar a saúde de uma população e otimizar a alocação de recursos*”, sendo por isso utilizadas nas áreas de Administração em Saúde e Saúde Pública.

Colmatando carências do instrumento QALY surge um outro: o *Disability-Adjusted Life-Years* (DALY), com o objetivo de descrever o estado de saúde das populações através da medição da carga global de doenças (*Global Burden Disease*). Este cálculo é constituído a partir da “*mortalidade estimada para cada doença e seu efeito incapacitante, ajustado pela idade das vítimas, e uma taxa de atualização, para calcular o valor de uma perda futura*” (Minayo et al., 2000: 15).

Desta forma, foi criada uma versão curta do SF-36, o SF6D, que é baseado em preferências, tendo sido desenvolvido por uma equipa da Universidade de Sheffield, avaliando seis dimensões: função física, limitação no desempenho, função social, dor física, saúde mental e vitalidade. Cada uma destas dimensões apresenta 4 a 6 níveis, possibilitando gerar 18000 estados de saúde. Brazier desenvolveu um modelo que permitiu valorar 49 estados de saúde, os quais foram também avaliados na população portuguesa. O índice desta escala pode variar entre 0.3 e 1.0 numa escala contínua, na qual 1.0 indica “saúde plena” e permite uma classificação do estado

de saúde em três categorias: suave, moderado e grave (Ferreira & Ferreira, 2006; Ferreira, Ferreira & Pereira, 2009).

Os instrumentos específicos concentram-se em aspetos particulares como, por exemplo, numa determinada patologia, área funcional, tipo de problema ou população (Domingues, 2008; Frade, 2010; Gonçalves, 2010; Leal, 2008; Oliveira, 2010; Santos, 2002; Zanei, 2006). Eles focam os domínios mais relevantes e são sensíveis às variações que ocorrem para a população específica, de forma a avaliar as particularidades da doença, o seu impacto e/ou do tratamento ou intervenção terapêutica no quotidiano do doente, com o objetivo de otimizar a sua qualidade de vida e das suas famílias (Gonçalves, 2010; Frade, 2010; Praça, 2012; Santos, 2002).

Como exemplos de instrumentos de medida específicos destacam-se o *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES), o *Functional Living Index: Cancer* (FLIC), o *Quality of Life Questionnaire–core 30* (QLQ-C30) da *European Research and Treatment of Cancer* (EORTC) para pacientes com doença oncológica, o *Stroke-Specific of Quality of Life* (SSQOF), o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL-SFTM), o *Audit Diabetes Dependent Quality of Life* (ADDQOL), o *Quality of Life for people with intellectual and physical disabilities* (DIS-QOL), o WHOQOL-OLD, o WHOQOL-HIV e o MOS-HIV para as doenças referidas na designação dos instrumentos (Canavarro et al., 2008; Frade, 2010; Gonçalves, 2010; Leal, 2008; Neto, 2011; Praça, 2012).

Estes podem ser usados isoladamente ou de forma combinada, sendo que a seleção do tipo de instrumento depende das características da população e de aspetos metodológicos, nomeadamente os objetivos do estudo, a natureza da colheita de dados e a disponibilidade dos indivíduos a constituir a amostra, entre outros (Garrido, 2004; Zanei, 2006).

Vários autores mencionam o SF-36 como um dos, ou mesmo o, instrumento genérico mais utilizado na área de saúde (Domingues, 2008; Nogueira-Martins, 2010; Oliveira, 2010; Zanei, 2006; Wood-Dauphinee, 1999). É considerado um instrumento apropriado para a avaliação da qualidade de vida relacionada com o estado de saúde, tanto em pessoas saudáveis como doentes, sendo de breve e fácil aplicação, para além de possuir características psicométricas muito boas (Domingues, 2008; Garrido, 2004; Oliveira, 2010).

Neste estudo, a escolha recai sobre o instrumento genérico SF-36v2, devido às características da população a que se destinam e especialmente aos objetivos do estudo., sendo este um instrumento validado para a população portuguesa e possuindo boas características psicométricas.

2.4 QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Embora as organizações de saúde se distingam de outros tipos de organizações pelas suas características específicas e pela sua complexidade, estas são idênticas do ponto de vista da gestão, tendo como objetivo prestar serviços e cuidados de saúde de qualidade. Para isso, são necessários procedimentos permanentes de avaliação, com a participação integrada de todas as partes envolvidas: utentes, familiares e profissionais (Bandeira et al., 2007; CCE, 2005; CNSM, 2008; CNRSSM, 2007).

Contudo, o foco de avaliação tem sido os utentes e familiares, em detrimento dos profissionais, mesmo sabendo-se que a qualidade da prestação dos serviços depende inclusivamente da QdV do profissional (Barros, 2010; Faria, 2009; Miranda, 2011).

Seguindo este pressuposto, já diversos autores pelo mundo têm estudado a QdV de profissionais de saúde, sob diferentes pontos de vista. Foram consultados alguns dos estudos relevantes na avaliação da QdV, apresentados na Tabela 1:

Tabela 1. Estudos relevantes na avaliação da QdV em profissionais de saúde

Autor(es)	População de estudo
Asaiag, Perotta, Martins & Tempiski (2010)	Médicos residentes
Barros (2010)	Médicos
Calumbi, Amorim, Maciel, Filho & Teles (2010)	Anestesiologistas
Emmel (2012)	Terapeutas ocupacionais
Faria (2009)	Enfermeiros
Fogaça, Carvalho, Nogueira & Martins (2009)	Médicos e Enfermeiros intensivistas pediátricos neonatais
Gonçalves (2008)	Enfermeiros
Kuerer et al. (2007)	Cirurgiões oncologistas
Lentz, Castenaro, Gonçalves & Nassar (2000)	Enfermeiros de Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
Lino (2004)	Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva
Miranzi, Mendes, Nunes, Iwamoto, Miranzi & Tavares (2010)	Médicos de Estratégia Saúde da Família
Nunes & Freire (2006)	Cirurgiões-dentistas
Santos & Beresin (2009)	Enfermeiros
Santos & Oliveira (2011)	Anestesiologistas
Santos, Franco, Batista, Santos & Duarte (2008)	Enfermeiros
Scmidt & Dantas (2006)	Enfermeiros
Souza & Stancato (2010)	Profissionais de saúde
Stumm, Ribeiro, Kirchner, Loro & Rosanelli (2009)	Profissionais de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

A partir da pesquisa produzida encontraram-se, ainda, estudos relevantes de avaliação da QdVRS em profissionais de saúde, que utilizaram o SF-36 como instrumento de avaliação, conforme apresentados na Tabela 2:

Tabela 2. Estudos relevantes na avaliação da QdVRS com o SF-36 em profissionais de saúde

Autor(es)	População de estudo
Franco, Barros & Nogueira-Martins (2005)	Residentes de Enfermagem
Garrido (2004)	Enfermeiros
Guler & Kuzu (2009)	Profissionais de Cuidados de Saúde Primários
Kheiraoui, Gualano, Mannocci, Boccia & La Torre (2012)	Médicos, enfermeiros e técnicos de higiene e segurança
Oler, Jesus, Barboza & Domingos (2005)	Enfermeiros
Silva, Souza, Borges & Fischer (2010)	Enfermeiros
Talhaferro, Barboza & Domingos (2006)	Enfermeiros
Tountas, Demakako, Yfantopoulos, Aga, Houliara & Pavi (2003)	Profissionais de saúde

Para os profissionais da área de saúde em geral, o trabalho em contexto hospitalar é descrito por Carlotto (2011: 9) como tendo um “*ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que nele trabalham*”, sendo da opinião de diversos autores que o ambiente de trabalho é particularmente stressante, devido a características organizacionais e a condições de trabalho (Carlotto, 2011; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; Santos, A. M., 2009; Seabra, 1999). Contudo, apesar de este facto ser válido para a generalidade dos profissionais a exercer funções neste contexto, existem especificidades a ter em conta de acordo com as categorias profissionais, tipo de atividade ou especialidade na área da saúde (Seabra, 1999; Nogueira-Martins, 2003).

Garrido (2004) informa que a saúde mental é a área mais afetada nos profissionais de saúde, com presença de doenças psíquicas, em especial depressão, sintomas psicopatológicos e alterações de personalidade como, por exemplo, irritabilidade, aborrecimento, alterações de humor e ansiedade. Em termos de saúde física, são identificadas alterações do sistema imunitário, problemas de sono, fadiga, hipertensão arterial e outras cardiovasculares, assim como, em especial para os trabalhadores por turnos, problemas gastrointestinais (Garrido, 2004).

Na área de saúde mental, as equipas de profissionais incluem psiquiatras, pedopsiquiatras, internos, enfermeiros especialistas e não especialistas em saúde mental, psicólogos clínicos, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e, em menos frequentemente, outros técnicos superiores de saúde como técnicos de reabilitação, fisioterapeutas e terapeutas da fala (CNSM, 2008; DGS, 2004; Jara, 2007; OMS, 2001).

Analisando brevemente a quantidade e concentração destes profissionais, verifica-se que apesar do aumento do número dos mesmos nos hospitais portugueses, continua “*muito longe do indispensável*” (CNSM, 2008: 35) e observam-se claras assimetrias dos recursos humanos especializados, com maior concentração nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra (CNRSSM, 2007).

Nesta área específica, os recursos humanos revestem-se de importância acrescida uma vez que, não sendo requeridos instrumentos técnicos sofisticados e dispendiosos, os profissionais são o principal instrumento de trabalho e intervenção (Jara, 2007).

Assim, no âmbito dos profissionais de saúde mental foram encontrados estudos que avaliam o *stress*, o *burnout* e/ou a qualidade de vida destes profissionais, como demonstra a Tabela 3:

Tabela 3. Estudos relevantes de avaliação dos profissionais de saúde mental

Autor(es)	Variável e população do estudo
Bandeira, Ishara & Zuardi (2007)	Satisfação e sobrecarga nos profissionais de saúde mental
Guimarães, Jorge & Assis (2011)	Satisfação de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial
Miranda (2011)	<i>Stress</i> ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental
Pelisoli, Moreira & Kristensen (2007)	Satisfação e sobrecarga nos profissionais de saúde mental
Santos, A. M. (2009)	Burnout em enfermeiros de saúde mental
Santos & Cardoso (2010)	<i>Stress</i> , estratégias de coping e qualidade de vida
Santos et al. (2011)	Níveis de satisfação e sobrecarga em profissionais de saúde mental

O estudo de Guimarães et al. (2011), dos apresentados, é o único qualitativo, baseando-se na análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas. Os seus resultados revelaram fatores determinantes de (in)satisfação nestes profissionais.

Bandeira et al. (2007), Pelisoli et al. (2007) e Santos et al. (2011) focaram os seus estudos não só na satisfação profissional, mas também na sobrecarga sentida pelos profissionais, tendo todos eles utilizado os instrumentos: Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde Mental (SATIS-BR) e a Escala de Avaliação da Sobrecarga de Profissionais em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR).

Bandeira et al. (2007) acrescentam, ainda, no seu estudo, a aplicação do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL), também utilizado por Santos & Cardoso (2010). Estes, por seu turno, utilizam o Inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus e, são os únicos a colocar em prática um instrumento de avaliação de QdV, o WHOQOL-Bref.

Tendo o Burnout como variável em análise, Santos (2009) usa o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e o *Work Environment Scale* (WES). Também Miranda (2011) aplica o MBI, assim como o Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) e a Escala de Apoio Social (EAS).

Salienta-se que estes dois últimos estudos apresentados foram realizados em Portugal, um em Lisboa e outro na região norte, respetivamente.

Conclui-se então que é devido à natureza, complexidade e especificidade do seu trabalho que os vários autores identificam o grupo de profissionais em análise como de risco extremo para *stress* ocupacional, com vulnerabilidade aos seus efeitos, à sobrecarga emocional e ao *burnout*, o que se pode manifestar nas suas relações pessoais, no seu bem-estar e QdV e na qualidade de prestação de cuidados ao utente (Bandeira et al., 2007; Miranda, 2011; Pelisoli, Moreira & Kristensen, 2007; Santos & Cardoso, 2010).

Especificamente para os profissionais desta área, entre os fatores mais referidos como desencadeadores de *stress* destacam-se: o cuidado diário e prolongado no tempo com pessoas com perturbações mentais, a responsabilidade para com as suas vidas, o envolvimento excessivo, com preocupação constante com os problemas e necessidades dos mesmos e a exposição ao risco de agressividade (Bandeira et al., 2007; Miranda, 2011; Pelisoli et al., 2007; Santos, A. M., 2009). Acrescenta-se a dificuldade em estabelecer limites nas interações profissionais e em manter a relação terapêutica; igualmente a sobrecarga de trabalho, a falta de profissionais, os conflitos com os colegas, a falta de gratificação financeira e social, inclusive estigmatização, são relatados (Bandeira et al., 2007; Jara, 2007; Miranda, 2011; Pelisoli et al., 2007). Outros autores (Garrido, 2004; Seabra, 1999) fazem alusão ao horário de trabalho, nomeadamente por turnos, que também se pode considerar para algumas das categorias dos profissionais em causa, designadamente os enfermeiros, e que afeta a vida familiar e social dos tais.

Desta forma, no âmbito deste trabalho, o foco na avaliação da QdV dos profissionais de saúde mental prende-se, não só com o facto de estes serem o principal instrumento de trabalho e intervenção nesta área específica, mas também pelo ambiente de elevado desgaste emocional e *stress* a que estão sujeitos, e que podem afetar a sua QdV, sendo por isso importante avaliar esta variável (Bandeira et al., 2007; Pelisoli et al., 2007; Santos & Cardoso, 2010).

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Objetivos do estudo

Este estudo tem como principais objetivos analisar a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida relacionada com a saúde nos profissionais de saúde mental e averiguar as principais repercussões da atividade profissional com a população psiquiátrica na QdVRS.

Como objetivos específicos identificam-se:

1. Verificar se existem diferenças na QdVRS dos profissionais de saúde mental face aos valores de referência para a população portuguesa com nível de qualificação alto.

2. Avaliar a QdVRS dos profissionais de saúde mental nos diferentes domínios.
3. Verificar se existem diferenças na QdVRS dos profissionais de saúde mental de acordo com as características pessoais: género, idade, estado marital, existência de filhos e grau habilitacional, e as características profissionais: classe profissional, local de trabalho, população de trabalho, tipo de vínculo, tempo de serviço, tipo de horário, horas de trabalho semanal, coexistência de outra atividade profissional que não com população psiquiátrica e grau de satisfação profissional.

Hipóteses de investigação

Após a definição dos objetivos de estudo, é importante formular as hipóteses de investigação com base na revisão de literatura efetuada (Freixo, 2011; Hill & Hill, 2005).

H1: a QdVRS dos profissionais de saúde mental, face aos valores de referência para a população portuguesa de nível de instrução alto, encontra-se diminuída.

H2: os profissionais de saúde mental do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de QdV.

H3: os profissionais de saúde mental mais jovens apresentam piores resultados de QdV.

H4: os profissionais de saúde mental casados apresentam níveis mais satisfatórios de QdV.

H5: os profissionais de saúde mental com filhos apresentam níveis mais altos de QdV.

H6: os profissionais de saúde mental com maior grau de habilitações apresentam melhores níveis de QdV.

H7: existem diferenças nas médias dos valores de índice geral e das dimensões da QdV entre as diferentes classes de profissionais de saúde mental.

H8: existem diferenças nas médias dos valores de índice geral e das dimensões da QdV entre os profissionais de diferentes locais de trabalho.

H9: os profissionais de saúde que trabalham com população crónica apresentam valores mais baixos de QdV.

H10: os profissionais de saúde mental que trabalham com população pediátrica apresentam níveis mais satisfatórios de QdV.

H11: os profissionais de saúde mental que sejam funcionários públicos apresentam níveis mais altos de QdV.

H12: os profissionais de saúde mental com horário de trabalho por turnos apresentam níveis mais baixos de QdV.

H13: os profissionais de saúde mental que trabalhem há mais anos apresentam melhores níveis de QdV.

H14: os profissionais de saúde mental que trabalham menos horas por semana apresentam níveis mais satisfatórios de QdV.

H15: os profissionais de saúde mental que trabalhem com outra população, que não desta área, apresentam níveis mais elevados de QdV.

H16: os profissionais de saúde mental que tenham níveis mais elevados de satisfação profissional apresentam níveis mais satisfatórios de QdV.

Uma vez que as hipóteses previamente definidas preveem uma relação entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis independentes torna-se pertinente definir as variáveis em causa.

Para todas as hipóteses a variável em análise é a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde, avaliada através dos instrumentos selecionados para a recolha de dados.

Em todas as hipóteses, excepto a 1, as características pessoais e profissionais consideradas constituem o conjunto de variáveis independentes.

PARTE 2 – CONTRIBUTO EMPÍRICO

O contributo empírico encontra-se estruturado em 4 partes: metodologia, resultados, discussão de resultados e conclusões.

1. METODOLOGIA

Neste capítulo dedicado à metodologia existem 6 sub-partes: a primeira é referente à caracterização do estudo; a segunda na qual são apresentadas a população e amostra; de seguida, são descritos os instrumentos de recolha de dados utilizados; posteriormente as considerações éticas e os procedimentos são enumerados e, por último, é relatada a forma de tratamento de análise de dados.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Atendendo aos objetivos previamente expostos, este é um estudo com desenho de investigação observacional analítico transversal.

A classificação deste estudo como observacional ou não experimental, relaciona-se com o facto de o fenómeno da qualidade de vida ser explorado sem manipulação das variáveis em estudo, sendo que os participantes já pertencem ao grupo em análise. Considera-se analítico, uma vez que se avalia a existência de relação entre as variáveis dependente e independentes, não se limitando a descrever as mesmas. Acrescenta-se que, sendo a recolha de dados efetuada num único momento, não existindo período de seguimento, é qualificado como tipo de estudo transversal (Vale, 2007).

Pela utilização de um processo sistemático de recolha de dados, observáveis e quantificáveis com medição e análise de resultados estatísticos classifica-se, ainda, como quantitativo. Este método pressupõe o cumprimento de uma sequência de passos que permitem resultados precisos, válidos, fiéis, reproduzíveis e possíveis de serem alvo de comparação. É por estas características que existe a possibilidade de generalizar os resultados para situações semelhantes, tendo em vista prever efeitos ou controlar acontecimentos (Fortin, 2009; Freixo, 2011).

1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população ou universo diz respeito ao conjunto de casos ou pessoas sobre os quais se pretende retirar conclusões (Hill & Hill, 2005). A população-alvo é constituída pelos profissionais de saúde a exercer funções na área de saúde mental em Portugal Continental. A população a amostrar são os profissionais de saúde a trabalhar com população psiquiátrica nos locais onde o estudo foi divulgado.

Os critérios de inclusão na amostra são: ser profissional de saúde clínico a exercer funções com população psiquiátrica e aceitar livremente participar no estudo.

Como critérios de exclusão verificam-se: ser profissional de saúde não clínico (por exemplo, administrativo ou auxiliar) e ser profissional de saúde clínico a exercer funções numa área que não a de cuidados de psiquiatria e saúde mental.

É de salientar que a amostra é uma parte da população e deve ser representativa da mesma para que as conclusões possam ser extrapoladas para ela (Hill & Hill, 2005). Assim, a amostra é constituída por 201 profissionais de saúde que cumpriram os critérios de inclusão e que aceitaram fazer parte da mesma.

Desta forma, adota-se um tipo de amostragem probabilístico aleatório simples, uma vez que os indivíduos que dela fazem parte têm a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra. Este é aconselhável quando se pretende generalizar com confiança os resultados obtidos na amostra para o universo (Fortin, 2009; Freixo, 2011; Hill & Hill, 2005; Marôco, 2011). Na pior das hipóteses, para uma percentagem de 50%, o erro de precisão calculado é de 6.52.

1.3 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

MOS SF-36

A recolha de dados é efetuada através da implementação do Questionário de estado em saúde (ver *Anexo I*), a 2.^a versão portuguesa do instrumento MOS Short Form Health Survey - 36 item, version 2 (SF-36v2). Como referido no enquadramento teórico, este instrumento de auto-preenchimento foi validado e adaptado culturalmente por Ferreira (2000a, 2000b). Este questionário demora apenas entre 5 a 10 minutos a ser respondido (Ware & Gandek, 1998; Ware & Sherbourne, 1992).

Também como já mencionado, este instrumento agrupa os seus 36 itens em 8 dimensões, enquadradas em 2 componentes. A componente física inclui como dimensões: FF, DF, DC e SG. A componente mental engloba: SM, DE, FS e VT (Ferreira & Marques, 1998; Ware & Gandek, 1998). Este esquema encontra-se representado pela Figura 2.

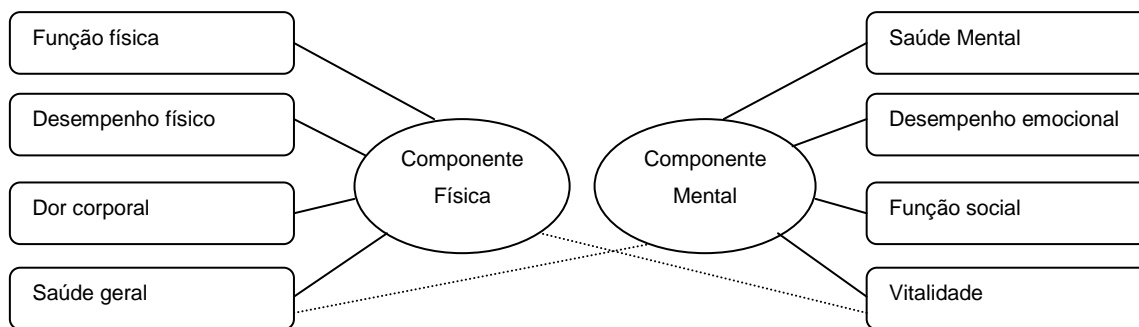


Figura 2. Modelo Factorial SF-36v2 com duas componentes (Adaptado de Ferreira, 1998; Ferreira & Marques, 1998 e Ware & Gandek, 1998).

Pormenorizando cada dimensão, na componente física, a FF (com 10 itens) representa a capacidade do indivíduo para realizar atividades físicas diárias como tomar banho, vestir-se, andar, subir escadas ou até carregar compras, estudando o impacto das limitações sentidas nestas atividades na qualidade de vida. A DF (4 itens) avalia, em termos de tipo e quantidade, as limitações em saúde devido a problemas físicos, englobando a necessidade de redução a quantidade de trabalho e a dificuldade em realizar atividades diárias ou profissionais. A DC (2 itens) pretende avaliar a intensidade e desconforto originados pela dor, assim como a forma como esta interfere com as atividades quotidianas (domésticas ou relacionadas com o trabalho). A SG (5 itens) mede a percepção holística de saúde, incluindo a saúde atual, a resistência à doença e aparência saudável (Ferreira, 1998; Ferreira & Santana, 2003; Ware & Gandek, 1998; Ware & Sherbourne, 1992).

Na componente mental, a SM (5 itens) avalia a interferência de sentimentos como ansiedade, depressão, tranquilidade e felicidade no dia-a-dia do indivíduo, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico. O DE (3 itens), identicamente à escala DF, avalia, em termos de tipo e quantidade, as limitações em saúde, devido a problemas emocionais; inclui igualmente a redução da quantidade de trabalho e a dificuldade em realizar atividades diárias ou profissionais. A FS (2 itens) refere-se à quantidade e qualidade das atividades sociais habituais e capta o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais habituais. A VT (4 itens) diz respeito aos níveis de energia e fadiga, permitindo captar diferenças de bem-estar (Ferreira, 1998; Ferreira & Santana, 2003; Ware & Gandek, 1998; Ware & Sherbourne, 1992).

A escala de transição ou Mudança em Saúde (MS) contém um item, contudo não constitui nem está inserido numa dimensão; é sim, um item que tem como objetivo avaliar a saúde atual, com base na experiência previamente vivida (Ferreira, 1998; Ware & Sherbourne, 1992).

Todos os itens são de resposta fechada e classificados de acordo com uma Escala de Lickert (Ferreira, 1998; Gandek et al., 1998; Ware & Sherbourne, 1992;) que, varia em diferentes questões, sendo de 1 a 3 na questão 3 (itens a - j), de 1 a 6 na questão 7, e de 1 a 5 em todas as restantes. Este tipo de escala permite que seja expresso um nível de concordância ou

discordância com a declaração de cada questão, que pode ser medido em termos de quantidade, frequência, avaliação, probabilidade ou atitude (Freixo, 2011). No questionário implementado existem questões de avaliação (questão 1), de frequência (questão 3), de quantidade (questão 6) e de atitudes (questão 11).

Para que possa ser efetuada a pontuação para cada dimensão é necessário que os valores das escalas de algumas questões sejam transformadas, de acordo com o exposto no *Anexo II*. Neste anexo encontra-se também a fórmula de cálculo tanto para o *score* de cada dimensão como para o *score* total. A pontuação é efetuada numa escala de pontuação positiva de 0 a 100, isto é, a um valor mais elevado corresponde a um melhor estado de saúde (Ware & Sherbourne, 1992).

Questionário socioprofissional

Para além do instrumento anteriormente apresentado é também utilizado um questionário socioprofissional (*ver Apêndice I*), construído com o intuito de complementar informação dos inquiridos, recolhendo dados específicos sobre características pessoais e profissionais, que se prevê poderem exercer influência sobre a variável em estudo. Desta forma,

A maioria dos itens são de resposta fechada, alguns dos quais são recodificados posteriormente, de acordo com as respostas obtidas. Estes itens são usados para caracterizar a amostra e como variáveis independentes na comparação da qualidade de vida entre grupos (*ver Parte II – 1.6 Tratamento e Análise de Dados*).

Assim este questionário recolhe informação sobre os seguintes dados sócio-profissionais: Género, Idade, Estado civil, Filhos, Grau habilitacional, Classe profissional, Local de trabalho, População de trabalho, Tipo de vínculo, Tempo de serviço, Tipo de horário, Horas de trabalho semanal, Coexistência de outra atividade profissional que não com população psiquiátrica e Grau de satisfação profissional.

1.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Independentemente da natureza de um projeto de investigação, há princípios éticos que necessitam ser respeitados, cujo cumprimento é da responsabilidade do investigador (Almeida & Freire, s.d.; Fortin, 2009; Martins, 2008; Vale, 2007).

Relativamente à recolha e tratamento de dados, remete-se para o direito à privacidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade (Almeida & Freire, s.d.; Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2008; Fortin, 2009; Freixo, 2011; Martins, 2008; Vale, 2007). Estes encontram-se previstos em legislação internacional e nacional. Quanto ao direito à privacidade, a Declaração Universal dos Direitos do Homem foi, a 10 de Dezembro de 1948, o primeiro instrumento a prevê-lo como direito fundamental a ser respeitado e assegurado, no seu artigo 12.º. Na Constituição da República Portuguesa atual (Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto),

este é determinado no artigo 26º, Outros direitos pessoais, do título II, Direitos, liberdades e garantias, do capítulo I, Direitos, liberdades e garantias pessoais. Também o Código Civil estabelece o direito à reserva sobre a intimidade da vida privada, no artigo 80º (no título II, Relações Jurídicas, do subtítulo I, Das pessoas, do capítulo I, Pessoas Singulares, na secção II, Direitos de Personalidade).

É a proteção de dados que confere às pessoas o direito de decidir o consentimento ou a proibição da utilização dos dados pessoais de que são titulares. Assim, o enquadramento legal nacional, certifica, ainda, a Proteção de Dados Pessoais, na Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro.

A confidencialidade diz respeito a uma característica da informação recolhida que deve ser mantida guardada – anonimato. Neste sentido, a identidade dos participantes é protegida, não sendo possível de ser associada às respostas individuais (Fortin, 2009; Freixo, 2011).

Não esquecendo o direito a um tratamento justo e equitativo, os participantes devem ser informados acerca da natureza, objetivos, fases e métodos da investigação, assim como dos seus direitos e potenciais consequências, através de informação escrita explicativa, remetendo para a existência de um consentimento livre e esclarecido (Almeida & Freire, s.d.; Fortin, 2009; Freixo, 2011; Martins, 2008; Vale, 2007). Este deve esclarecer a finalidade e métodos da investigação, assim como os direitos dos participantes e as suas potenciais consequências (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2008; Fortin, 2009).

Teve-se em consideração o direito à autodeterminação, relacionado com a autonomia de decisão individual de participar, ou não, no presente estudo e da sua liberdade em se retirar do mesmo em qualquer fase da sua participação (Almeida & Freire, s.d.; Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2008; Freixo, 2011; Martins, 2008; Vale, 2007).

Invoca-se, ainda, o princípio de beneficência e não maleficência, que se refere ao facto de os benefícios devem ser superiores aos riscos (Fortin, 2009; Martins, 2008; Vale, 2007). Neste sentido, acrescenta-se o dever ético do investigador em divulgar os resultados do seu estudo, de modo a que a população, e nomeadamente os participantes, possam obter benefícios futuros (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2008; Martins, 2008).

1.5 PROCEDIMENTOS

De acordo com Bowling (2002), deve ser realizado um pré-teste com um pequeno número de entrevistas com indivíduos que pertençam ao grupo de interesse. Isto foi concretizado para o questionário sócio-profissional, mas não para o SF-36v2, uma vez que este já se encontra validado para a população portuguesa, como anteriormente mencionado.

Assim, realizou-se um pré-teste do questionário sócio-profissional com um painel de especialistas, no caso profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, a exercer

funções na área de psiquiatria e saúde mental. Objetiva-se com isto validar o mesmo, tendo-se aceitado sugestões de melhoria. Responderam a este questionário: um psiquiatra, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e dois terapeutas ocupacionais.

Acrescentaram-se no questionário sócio-profissional itens que permitem saber se a população de trabalho dos profissionais é maioritariamente de doentes agudos ou crónicos, a valência em que os profissionais trabalham, o tipo de vínculo à instituição na qual exercem funções nesta área e o grau de satisfação profissional. Uma outra questão foi, ainda, alterada, ao invés de questionar sobre a presença de filhos, estes são quantificados entre “0” (zero), que corresponde à inexistência de filhos, e “mais de 3”, no caso de os profissionais os terem.

Tendo feito o pré-teste e alterado o questionário sócio-profissional de acordo com as sugestões efetuadas pelos profissionais, foram contactados via *e-mail* os Presidentes do Conselho de Administração dos Centros Hospitalares e Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) especializados nos cuidados de psiquiatria e saúde mental ou que possuam departamento especializado nesta área, assim como as Instituições de Solidariedade Social que prestam cuidados nesta área e os Estabelecimentos Prisionais de Portugal Continental, a solicitar divulgação do estudo aos profissionais a exercer nestes locais (ver *Apêndice II*).

Assim, os profissionais de saúde receberam o reencaminhamento deste *e-mail* com as instruções para o autopreenchimento do questionário via *online* e o seu respetivo link, incluindo uma nota explicativa acerca do estudo, embora pudessem escolher não participar no mesmo. No entanto, aquando da abertura do questionário através do seu link, encontram-se estas informações de forma mais pormenorizada, com uma questão que tem como objetivo responder às solicitações éticas, pretendendo-se saber se o inquirido aceita participar de livre vontade no presente estudo, autorizando o tratamento dos dados para fins científicos (ver *Apêndice III*).

A decisão de realizar pedido de divulgação do estudo e todos os questionários via *online* prendeu-se com os custos elevados que se teria se os mesmos fossem efetuados em formato de papel, uma vez que se pretendia uma amostra representativa da população portuguesa.

O questionário esteve disponível para aceitar respostas de 28 de Janeiro a 30 de Abril de 2013, tendo a recolha de dados lugar durante este período.

1.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística é realizada através da versão 20.0 do Software SPSS.

Num primeiro passo, prévio à análise de resultados, procedeu-se ao tratamento de dados. Não foi necessário eliminar do estudo os participantes que não responderam a, pelo menos, uma questão, uma vez que o software utilizado para responder ao questionário permite “Forçar resposta”, não permitindo que os inquiridos terminem o inquérito sem responder a todas os itens.

Nesta fase, foi efetuada a transformação dos valores do questionário, criaram-se as variáveis *score* para cada dimensão do SF36v2, assim como *score* total, cujas fórmulas de cálculo se encontram no *Anexo II*.

De seguida, caracterizou-se a amostra através de metodologias de estatística descritiva aplicada às variáveis demográficas dos participantes. Para as variáveis qualitativas utilizaram-se frequências absolutas (*n*) e frequências relativas (%). Para a variável quantitativa “idade” usaram-se valores mínimo e máximo, mediana, média (M) e desvio-padrão (DP) (Marôco, 2011).

Como forma de dar resposta aos três primeiros objetivos deste estudo, utilizou-se análise estatística inferencial. Para verificar se existem diferenças na QdVRS dos profissionais de saúde mental face aos valores de referência da população (objetivo 1), recorreu-se ao teste *t*-Student para uma amostra. Para verificar se existem diferenças de acordo com as características pessoais e profissionais, comparou-se tanto o *score* de cada dimensão como o *score* total entre os dois, três ou mais grupos utilizando o teste *t*-Student para amostras independentes e o teste Kruskal-Wallis, respetivamente. Para o teste *t*-studente foi verificada a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado pois o pressuposto de distribuição normal não foi cumprido, tendo sido utilizadas as medidas de assimetria e curtose para testá-lo (Marôco, 2011).

Foram também calculados os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, o primeiro nos casos em que se verificava as variáveis seguiam distribuição normal e o outro nos casos em que isto não acontecia.

Estabeleceu-se, para todas as análises estatísticas, um nível de significância de 0,05 (Marôco, 2011).

2. RESULTADOS

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra consiste num total de 201 profissionais de saúde mental qualificados, dos quais, em termos de **género**, 155 (77.1%) são do sexo feminino e 46 (22.9%) são do sexo masculino.

No que diz respeito à **idade**, esta varia entre um mínimo de 22 anos e um máximo de 61, tendo uma média de 33.68 anos, com um desvio-padrão de 8.515 anos, mediana de 32 anos e moda de 27 anos. Seguindo o critério de agrupamento utilizado por Ferreira & Santana (2003) formaram-se 5 grupos, como mostra a Tabela 4. O grupo de idades compreendidas entre os 35 e os 34 anos representa 55.2% da amostra, com um total de 111 elementos, refletindo uma amostra bastante jovem.

Relativamente ao **estado civil** verifica-se que a maioria da amostra é casada ou vive em união de facto 50.2%, embora este valor esteja próximo da percentagem de indivíduos solteiros (44.8%); apenas 4.0% dos elementos estão divorciados ou separados e 1.0% são viúvos. De acordo com Ferreira & Santana (2003), tendo como objetivo detetar de que forma esta condição provoca alterações na perceção do estado de saúde, esta variável foi ainda recodificada em **estado marital** (casado ou não casado).

Quanto à existência de **filhos**, a maior parte da amostra não tem filhos – 62.7%, o que corresponde a 126 indivíduos, e 75 elementos tem um ou mais filhos (37.3%).

No que se refere ao **grau habilitacional**, o grupo com maior predominância de indivíduos é o da Licenciatura com $n=80$, correspondendo a 39.8% da amostra. Com bacharelato existem 2 elementos (1.0%), com pós-graduação ou especialidade 53 indivíduos (26.3%), com mestrado 61 elementos (30.3%) e com doutoramento 5 (2.5%).

Tabela 4. Distribuição de frequências da amostra em função das características pessoais

		<i>n</i>	%
Género	Feminino	155	77.1%
	Masculino	46	22.9%
Idade (anos)	22-24	15	7.5%
	35-34	111	55.2%
	35-44	52	25.9%
	45-54	14	7.0%
	55-65	9	4.5%
Estado Civil	Solteiro	90	44.8%
	Casado/União de facto	101	50.2%
	Divorciado/Separado	8	4.0%
	Viúvo	2	1.0%
Estado marital	Casado	101	50.2%
	Não casado	100	49.8%
Filhos	0 (não têm)	126	62.7%
	1 filho	37	18.4%
	2 filhos	29	14.4%
	3 ou mais filhos	9	4.5%
Grau habilitacional	Bacharelato	2	1.0%
	Licenciatura	80	39.8%
	Pós-graduação/Especialidade	53	26.3%
	Mestrado	61	30.3%
	Doutoramento	5	2.5%

A **classe profissional** dos participantes foi agrupada nas seguintes categorias: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de diagnóstico e terapêutica e Outros – Tabela 5. Encontram-se na amostra 23 médicos (11.4% da amostra), 48 enfermeiros (23.9%) e 56 psicólogos (27.9%). O grupo de médicos inclui médicos internos de psiquiatria e psiquiatras; o grupo de enfermeiros abarca enfermeiro com especialidade na área de saúde mental e enfermeiros generalistas. Como Técnicos de diagnóstico e terapêutica observam-se 46 elementos (22.9%), onde se incluem técnicos das áreas de terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, neurofisiologia e farmácia. O grupo Outros compreende 28 profissionais (13.9% da amostra), onde estão abrangidos profissionais das seguintes categorias: técnico superior de serviço social, psicopedagogo, formador, gerontólogo, psicomotricista, animador sócio-cultural, técnico superior de educação e terapeuta familiar.

Quanto à variável **local de trabalho**, esta não foi passível de avaliação, uma vez que a maioria dos inquiridos não respondeu a esta questão de forma completa no questionário sócio-profissional, isto é, algumas pessoas indicaram somente a localização geográfica, poucas especificaram a organização e outras indicaram apenas trabalhar no setor privado, não respondendo desta forma a nenhum dos itens da questão.

No **tipo de população** foram tidas em consideração duas vertentes importantes no tipo de população em estudo: a cronicidade da doença da população e a faixa etária. No primeiro parâmetro pode-se observar que 66 profissionais (32.8%) trabalham somente com doentes crónicos e 40 (19.9%) apenas com doentes agudos. Em relação à faixa etária da população de trabalho, 78 (38.8% da amostra) profissionais trabalham apenas com população adulta, 17 (8.5%) elementos trabalham exclusivamente com população idosa e somente 10 (5%) com crianças.

Face ao **tipo de vínculo**, verifica-se que a classe modal é a de indivíduos com CT sem termo com $n=78$ (38.8% da amostra). São funcionários públicos 43 elementos (21.4%), estão a contrato de prestação de serviços 42 (20.9%) e a CT a termo, certo ou incerto, 38 indivíduos (18.9%).

Relativamente ao **tempo de serviço**, observa-se como valor mínimo 0 (zero) anos e como máximo 35, tendo como mediana 5 e sendo 2 a classe modal. A média é 7.77 e o desvio-padrão 6.92. Para fins de análise de resultados esta variável foi agrupada em duas categorias: menos de 10 anos de trabalho e 11 ou mais anos de trabalho, conforme a tabela apresentada.

Quanto ao **tipo de horário**, a maioria dos indivíduos – 160, o equivalente a 79.6% da amostra – realiza um horário fixo. Os restantes 41 efetuam horário por turnos (20.4%).

Em termos de **horas de trabalho semanal**, a maioria dos inquiridos (149, 74.1% da amostra) pratica um horário completo, considerado entre as 35 e as 42 horas de trabalho semanais.

Relativamente à **coexistência de outra atividade profissional**, com população diferente à do estudo em causa, a grande parte dos profissionais responde negativamente (128, o correspondente a 63.7%).

No que diz respeito ao **grau de satisfação profissional**, 112 elementos (55.7% da amostra) consideram ter um nível médio, 81 (40.3%) um nível alto e apenas 8 (4%), um nível baixo.

Tabela 5. Distribuição de frequências da amostra em função das características profissionais

		<i>n</i>	%
Classe Profissional	Médicos	23	11.4%
	Enfermeiros	48	23.9%
	Psicólogos	56	27.9%
	TDT	46	22.9%
	Outros	28	13.9%
População de trabalho (cronicidade)	Agudos	40	19.9%
	Crônicos	66	32.8%
	Ambos	95	47.3%
População de trabalho (idade)	Pediátrica	10	5,0%
	Adulta	78	38.8%
	Idosa	17	8.5%
	Pediátrica e adulta	12	6,0%
	Adulta e idosa	72	36.3%
	Todas	11	5.5%
Tipo de vínculo	Funcionário público	43	21.4%
	Contrato de trabalho (CT) sem termo	78	38.8%
	CT a termo	38	18.9%
	Contrato de prestação de serviços	42	20.9%
Tempo de serviço	< 10 anos	141	70.1%
	≥ 11 anos	60	29.9%
Tipo de horário	Fixo	160	79.6%
	Por turnos	41	20.4%
Horas de trabalho semanal	Menos de horário completo	47	23.4%
	Horário completo	149	74.1%
	Superior a horário completo	5	2.5%
Coexistência	Sim	73	36.3%
	Não	128	63.7%
Grau de satisfação profissional	1	8	4,0%
	2	112	55.7%
	3	81	40.3%

Com o objetivo de testar se diferentes tipos de variáveis estão associadas, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado para a independência. Foi encontrada associação entre as variáveis classe profissional e gênero ($p=0.005$), classe profissional e tipo de vínculo ($p<0.001$) e classe profissional e tipo de horário ($p<0.001$), classe profissional e coexistência de atividade profissional ($p=0.032$).

2.2 INSTRUMENTO (FIABILIDADE)

Para medir a consistência interna foi utilizado o Alpha de Cronbach, cujo valor global encontrado foi de 0.935, classificando-se a consistência interna como muito boa (Marôco, 2011).

Foi ainda verificado o Alpha de Cronbach entre os itens de cada dimensão, tendo-se obtido os valores que constam da Tabela 6:

Tabela 6. Consistência interna dos itens do SF36v2 por dimensões

Dimensões	Alpha de Cronbach
FF	0,723
DF	0,909
DC	0,871
SG	0,794
VT	0,843
FS	0,771
DE	0,911
SM	0,841

O coeficiente de Kaiser Meyer Olkin (KMO) é usado para comparar as correlações simples com as correlações parciais observadas, indicando a proporção de variabilidade que é comum às variáveis. Neste caso, o valor obtido foi de 0.869, o que significa que todas as variáveis podem ser utilizadas (Marôco, 2011).

Pela análise das Comunalidades verifica-se que as dimensões FF e DC são as que apresentam menor contributo, contudo pela observação dos valores da tabela Anti-image não se eliminam (Marôco, 2011).

Uma vez que Ferreira (1998) o recomenda, foi avaliada a correlação entre a dimensão Saúde Geral e as restantes dimensões do instrumento. Os resultados encontram-se na Tabela 7 e indicam uma forte correlação entre todos os domínios. Entre os domínios FF-VT, FF-DE e FF-DF observam-se as correlações mais baixas.

Tabela 7. Matriz de correlações entre as dimensões do SF36v2

	SG	FF	DF	DC	VT	FS	DE	SM
SG	1,000							
FF	,349	1,000						
DF	,388	,299	1,000					
DC	,393	,351	,404	1,000				
VT	,492	,250	,492	,395	1,000			
FS	,531	,339	,494	,532	,642	1,000		
DE	,460	,275	,669	,314	,563	,614	1,000	
SM	,595	,346	,450	,444	,654	,699	,643	1,000

Ainda através da análise da Matriz de Correlações observa-se que todas as correlações são significativas ($p < 0.001$).

2.3 RESULTADOS COMPARATIVOS

Para responder ao objetivo 1, foi avaliada a qualidade de vida em cada domínio, comparando os seus valores na amostra em estudo com os valores definidos para a população portuguesa com nível de instrução alto. Os resultados foram obtidos através do teste T-Student para uma amostra e estão apresentados na Tabela 8.

Os valores de referência utilizados foram os encontrados por Ferreira & Santana (2003).

Tabela 8. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões SF36v2 por nível de instrução alto

Dimensões	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
M Amostral	94.10	82.28	72.15	71.36	56.31	71.77	79.06	72.19
DP Amostral	8.33	20.09	20.98	18.11	18.74	21.52	21.41	17.03
M Ref ^a	87.90	85.10	75.22	65.54	69.71	81.42	82.15	71.92
DP Ref ^a	17.96	19.02	21.06	17.16	19.72	20.05	20.31	20.30
p	p<0.001	p=0.048	p=0.040	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p=0.042	p=0.823

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Verificam-se, assim, diferenças estatísticas significativas em todas as dimensões, somente com exceção da SM ($p=0.823$).

Desta forma, em todas as dimensões com exceção da mencionada, verifica-se que existem diferenças estatísticas significativas entre os valores de QdV encontrados na amostra de profissionais de saúde mental e os valores definidos para a população portuguesa com nível de instrução alto.

De seguida, e por forma a dar resposta aos objetivos 2 e 3, foram efetuadas comparações entre os valores de qualidade de vida, geral e de cada dimensão, em relação às variáveis mencionadas anteriormente.

No que diz respeito aos resultados comparativos do índice de QdV entre **géneros**, observa-se que o sexo feminino apresenta menor QdV (74.02 ± 13.60) do que o sexo masculino (77.89 ± 13.57), contudo estas diferenças não se revelam significativas do ponto de vista estatístico ($p=0.091$).

Quando comparando as médias de cada dimensão e componente da QdV, igualmente através de Teste T-Student, observam-se diferenças estatísticas significativas para a DF

($p=0.023$), DC ($p=0.037$) e CF ($p=0.037$), sendo que em todos os casos é o sexo feminino que possui menor QdV – Tabela 9.

Tabela 9. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por gênero

Dimensões	Feminino	Masculino	Teste Levene	Teste t
	M ± DP	M ± DP	P	p
FF	93.48 ± 8.72	96.20 ± 6.51	$p=0.233$	$p=0.052$
DF	80.52 ± 20.32	88.18 ± 18.32	$p=0.126$	$p=0.023$
DC	70.48 ± 21.03	77.80 ± 20.00	$p=0.703$	$p=0.037$
SG	71.39 ± 17.68	71.26 ± 19.71	$p=0.489$	$p=0.965$
VT	54.96 ± 18.97	60.87 ± 17.35	$p=0.735$	$p=0.06$
FS	70.81 ± 21.66	75.00 ± 20.92	$p=0.207$	$p=0.247$
DE	78.33 ± 21.79	81.52 ± 20.10	$p=0.370$	$p=0.376$
SM	72.16 ± 16.73	72.22 ± 18.22	$p=0.409$	$p=0.966$
CF	78.97 ± 12.40	83.36 ± 12.26	$p=0.685$	$p=0.036$
CM	69.07 ± 16.81	72.42 ± 16.55	$p=0.565$	$p=0.235$

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Para a análise da percepção de QdV foram utilizados os grupos de **idade** apresentados anteriormente na caracterização da amostra, sendo estes coincidentes com os do estudo de Ferreira & Santana (2003), conforme anunciado anteriormente.

Foi usado o Teste Kruskal-Wallis para realizar as comparações entre os grupos de idade, não se observando diferenças estatísticas significativas para o índice de QdV ($p=0.148$) nem para nenhuma das dimensões e componentes da QdV. O grupo que apresenta valor mais elevado de QdV é o de 45-54 anos (82.55 ± 9.93) e o que apresenta valor mais baixo é o de 35-44 anos (73.40 ± 16.17).

Para determinar as diferenças entre a média nos dois grupos de **estado marital** calculou-se o Teste T-Student para duas amostras independentes.

No caso do índice da QdV o teste indica que as diferenças não são estatisticamente significativas na amostra ($p=0.109$), contudo observa-se que os não casados (73.35 ± 14.04) apresentam um índice inferior aos casados (76.44 ± 13.15).

Ao realizar o mesmo teste para cada dimensão, descobrem-se diferenças estatísticas significativas para a DF ($p=0.030$) e a DE ($p=0.033$) – Tabela 10.

Tabela 10. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por estado marital

Dimensões	Casado	Não casado	Teste Levene	Teste t
	M ± DP	M ± DP	p	p
FF	96.96 ± 9.04	94.25 ± 7.60	p=0.181	p=0.806
DF	85.33 ± 18.84	79.19 ± 20.93	p=0.174	p=0.030
DC	71.54 ± 21.95	72.77 ± 20.04	p=0.426	p=0.680
SG	73.52 ± 16.52	69.18 ± 19.43	p=0.144	p=0.089
VT	57.74 ± 18.79	54.88 ± 18.67	p=0.952	p=0.280
FS	73.02 ± 21.05	70.50 ± 22.01	p=0.796	p=0.408
DE	82.26 ± 19.50	75.83 ± 22.83	p=0.046	p=0.033
SM	74.16 ± 15,99	70.20 ± 17.89	p=0.160	p=0.100
CF	81.09 ± 12.24	78.85 ± 12.67	p=0.724	p=0.203
CM	71.79 ± 15.75	67.85 ± 17.60	p=0.291	p=0.096

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Para verificar a variação da percepção de Qdv entre os profissionais que possuem ou não **filhos** foi usado o Teste T-Student para duas amostras independentes.

Verificam-se diferenças estatísticas significativas para o índice de QdV ($p=0.041$), sendo que quem tem filhos têm índice superior de QdV – Tabela 11.

Tabela 11. Teste T-Student – Inferência estatística índice QdV em função da existência de filhos

Filhos	Qualidade de vida
	M ± DP
Não têm (n=126)	73.39 ± 13.82
Têm (n=75)	77.44 ± 13.07
Teste Levene	p=0.583
Teste t	p=0.041

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Através do coeficiente de correlação de Pearson foi encontrada correlação positiva entre a existência de filhos e a QdV ($r=0.183$; $p=0.09$), ou seja, ter filhos está associado a um melhor índice de QdV.

Através do uso do mesmo teste para a comparação nas diferentes dimensões e componentes, observam-se diferenças estatísticas significativas para a DF ($p=0.005$), DE ($p=0.011$) e CM ($p=0.028$), contudo para todas elas, excetuando a FF, a QdV é mais satisfatória nos profissionais que têm filhos – Tabela 12.

Tabela 12. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 em função da existência de filhos

Dimensões	Não têm	Têm	Teste Levene	Teste t
	M ± DP	M ± DP	P	p
FF	94.52 ± 7.17	93.40 ± 10.00	p=0.131	p=0.356
DF	79.37 ± 21.19	87.17 ± 17.16	p=0.023	p=0.005
DC	72.02 ± 20.92	72.37 ± 21.21	p=0.959	p=0.909
SG	69.87 ± 18.43	73.87 ± 17.41	p=0.904	p=0.131
VT	54.46 ± 19.33	59.42 ± 17.39	p=0.228	p=0.070
FS	70.04 ± 21.68	74.67 ± 21.05	p=0.732	p=0.141
DE	76.12 ± 22.34	84.00 ± 18.87	p=0.067	p=0.011
SM	70.71 ± 16.72	74.67 ± 17.39	p=0.913	p=0.112
CF	78.95 ± 12.65	81.70 ± 12.08	p=0.730	p=0.130
CM	67.94 ± 17.07	73.19 ± 15.80	p=0.396	p=0.028

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Para estudar a variação do índice de QdV em função do **grau habilitacional** foi, mais uma vez, utilizado o Teste de Kruskal-Wallis, concluindo-se que existem diferenças estatísticas significativas ($p=0.019$) – Tabela 13.

Tabela 13. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística índice QdV por grau habilitacional

Grau habilitacional	Qualidade de vida M ± DP
Bacharelato (n=2)	62.49 ± 1.33
Licenciatura (n=80)	73.74 ± 14.73
Pós-Graduação/Especialidade (n=53)	73.10 ± 13.23
Mestrado (n=61)	77.23 ± 12.26
Doutoramento (n=5)	89.13 ± 4.69
Kruskal-Wallis	p=0.019

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Através do coeficiente de correlação de Spearman foi encontrada correlação positiva entre o grau de habilitações e a QdV ($r=0.147$; $p=0.038$), o que significa que quanto maior o nível de habilitações maior a QdV.

Quando usado o mesmo teste para comparar a qualidade de vida nas diferentes dimensões e componentes em função do grau habilitacional, encontram-se diferenças estatísticas significativas na FF ($p=0.047$), DC ($p=0.01$) e CF ($p=0.03$).

Para a FF, quanto mais alto o grau habilitacional maior a qualidade de vida. Para a DC, não se observa um sentido de orientação específico – Tabela 14.

Tabela 14. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por grau habilitacional

Dimensões	Pós- Graduação/					Kruskal-Wallis <i>p</i>
	Bacharelato M ± DP	Licenciatura M ± DP	Especialidade M ± DP	Mestrado M ± DP	Doutoramento M ± DP	
FF	80.00 ± 14.14	93.06 ± 8.77	93.77 ± 9.14	95.98 ± 6.38	97.00 ± 4.48	<i>p</i>=0.047
DF	59.38 ± 13.26	80.63 ± 21.30	82.08 ± 19.73	84.02 ± 19.01	98.75 ± 2.80	<i>p</i> =0.103
DC	36.00 ± 36.77	70.28 ± 18.09	67.17 ± 21.69	78.31 ± 21.11	94.40 ± 12.52	<i>p</i>=0.01
SG	68.50 ± 19.09	71.60 ± 18.00	69.42 ± 18.01	71.95 ± 18.39	82.20 ± 20.45	<i>p</i> =0.567
VT	53.13 ± 4.42	54.69 ± 20.49	55.90 ± 18.32	57.79 ± 17.33	70.00 ± 8.15	<i>p</i> =0.401
FS	56.25 ± 8.84	70.16 ± 22.72	69.58 ± 21.58	74.39 ± 19.69	95.00 ± 6.85	<i>p</i> =0.046
DE	79.17 ± 17.68	77.92 ± 22.58	77.96 ± 21.77	81.01 ± 20.25	91.67 ± 11.79	<i>p</i> =0.582
SM	67.50 ± 3.54	71.63 ± 18.22	69.53 ± 17.27	74.43 ± 15.60	84.00 ± 7.42	<i>p</i> =0.277
CF	60.97 ± 2.43	78.89 ± 12.59	78.11 ± 12.13	82.57 ± 11.96	93.09 ± 4.88	<i>p</i>=0.03
CM	64.01 ± 0.22	68.60 ± 18.33	68.09 ± 16.11	71.90 ± 15.38	85.17 ± 7.32	<i>p</i> =0.136

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Na análise da percepção de qualidade de vida entre os diferentes grupos de **classes profissionais**, através do Teste Kruskal-Wallis, não se observam diferenças estatísticas significativas para o índice de QdV ($p=0.380$) ou para nenhuma das dimensões e componentes do instrumento. O grupo de profissionais que revela melhor índice de QdV são os psicólogos (77.14 ± 13.42) e o que revela piores resultados são os enfermeiros (72.48 ± 13.08).

Quanto à vertente de cronicidade na **população de trabalho**, o teste Kruskal-Wallis mostra que não existem diferenças estatísticas significativas no índice de qualidade de vida ($p=0.582$) e no que diz respeito às suas dimensões e componentes, a SG é a única que mostra estas diferenças ($p=0.013$) – Tabela 15. Nesta dimensão, nota-se que os profissionais que trabalham apenas com população aguda são os que apresentam valores mais satisfatórios. Apesar de não se verificarem diferenças nas outras dimensões, o facto de os valores médios de QdV serem mais elevados nestes profissionais também se verifica para as dimensões FF, DC, VT e SM.

Tabela 15. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por cronicidade da população de trabalho

Dimensões	Agudos	Crónicos	Ambos	Kruskal-Wallis <i>p</i>
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	
FF	95.38 ± 5.93	94.47 ± 8.42	93.32 ± 9.10	<i>p</i> =0.424
DF	82.50 ± 21.24	81.34 ± 19.53	82.83 ± 20.18	<i>p</i> =0.796
DC	73.35 ± 22.25	70.59 ± 20.43	72.74 ± 20.97	<i>p</i> =0.531
SG	74.23 ± 22.30	73.97 ± 17.86	68.35 ± 15.93	<i>p</i>=0.013
VT	57.50 ± 20.27	54.07 ± 19.47	57.37 ± 17.58	<i>p</i> =0.495
FS	71.88 ± 23.81	72.54 ± 22.91	71.18 ± 19.64	<i>p</i> =0.772
DE	79.58 ± 22.88	80.05 ± 21.68	78.16 ± 20.78	<i>p</i> =0.740
SM	74.38 ± 18.40	71.89 ± 18.37	71.47 ± 15.52	<i>p</i> =0.396
CF	81.36 ± 14.07	80.09 ± 12.57	79.11 ± 11.77	<i>p</i> =0.434
CM	70.83 ± 18.67	69.64 ± 18.83	69.55 ± 15.27	<i>p</i> =0.704

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Ao estudar influência da vertente respeitante à idade de população de trabalho atendida sobre a perceção de QdV, foram apenas efetuadas comparações entre os três primeiros grupos: pediátrica, adulta e idosa, fazendo uso do teste Kruskal-Wallis. Na QdV geral não se observam diferenças estatísticas significativas (*p*=0.963), sendo isto visível apenas para a dimensão DC (*p*=0.036), conforme a Tabela 16.

Tabela 16. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por faixa etária da população de trabalho

Dimensões	Pediátrica	Adulta	Idosa	Kruskal-Wallis <i>p</i>
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	
FF	96.50 ± 6.26	95.06 ± 7.54	92.65 ± 7.73	<i>p</i> =0.236
DF	85.00 ± 14.79	82.53 ± 18.03	82.72 ± 19.20	<i>p</i> =0.986
DC	81.50 ± 15.62	74.24 ± 19.29	61.35 ± 23.10	<i>p</i>=0.036
SG	80.60 ± 20.87	71.68 ± 18.18	75.18 ± 16.41	<i>p</i> =0.184
VT	51.25 ± 17.13	54.33 ± 18.08	58.82 ± 16.96	<i>p</i> =0.676
FS	71.25 ± 16.72	71.79 ± 22.11	75.74 ± 19.50	<i>p</i> =0.794
DE	75.83 ± 19.82	79.91 ± 21.04	78.43 ± 21.26	<i>p</i> =0.731
SM	74.50 ± 11.65	73.40 ± 16.93	74.12 ± 18.05	<i>p</i> =0.968
CF	85.90 ± 10.94	80.88 ± 11.32	77.97 ± 13.39	<i>p</i> =0.204
CM	68.21 ± 12.91	69.86 ± 16.77	71.78 ± 17.18	<i>p</i> =0.824

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Relativamente ao **tipo de vínculo** de trabalho conclui-se, através do teste Kruskal-Wallis, que no índice de QdV não existem diferenças significativas entre os grupos (*p*=0.127) e, relativamente às dimensões e componentes, apenas na VT (*p*=0.048) existem diferenças significativas, notando-se que os funcionários públicos são os que manifestam maior QdV. Nas

outras dimensões não se observam diferenças estatísticas significativas, contudo valores médios superiores de QdV neste grupo também são encontrados nas dimensões DF e DE – Tabela 17.

Tabela 17. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por tipo de vínculo

Dimensões	Funcionário			Prestação serviços	Kruskal-Wallis <i>p</i>
	público M ± DP	CT sem termo M ± DP	CT a termo M ± DP		
FF	94.42 ± 7.25	92.82 ± 10.18	95.00 ± 6.15	95.36 ± 7.10	<i>p</i> =0.414
DF	87.21 ± 19.67	80.21 ± 20.26	78.95 ± 19.73	84.08 ± 20.11	<i>p</i> =0.051
DC	72.84 ± 21.78	72.03 ± 20.85	69.66 ± 20.30	73.95 ± 21.52	<i>p</i> =0.769
SG	70.91 ± 78.50	70.53 ± 15.43	68.24 ± 22.12	76.21 ± 18.06	<i>p</i> =0.140
VT	60.76 ± 15.21	54.97 ± 19.23	50.66 ± 16.99	59.38 ± 21.40	<i>p</i>=0.048
FS	72.97 ± 19.66	70.83 ± 21.38	68.75 ± 23.02	75.00 ± 22.43	<i>p</i> =0.452
DE	84.30 ± 19.18	75.21 ± 21.57	76.10 ± 22.94	83.53 ± 20.62	<i>p</i> =0.038
SM	71.16 ± 16.54	71.22 ± 17.17	71.05 ± 16.61	76.07 ± 17.69	<i>p</i> =0.350
CF	81.34 ± 12.49	78.90 ± 12.40	77.96 ± 12.21	82.40 ± 12.74	<i>p</i> =0.190
CM	72.30 ± 14.60	68.06 ± 16.72	66.64 ± 17.49	73.49 ± 17.78	<i>p</i> =0.152

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

O recurso ao Teste T-Student para amostras independentes, para análise do **tipo de horário**, mostra que o índice de QdV é superior nos profissionais que trabalham em horário fixo, contudo sem existências de diferenças significativas (*p*=0.093).

Fazendo o mesmo para cada dimensão, conclui-se que o mesmo é verdadeiro para todas as dimensões, com exceção da DE, mas apenas nas dimensões DC (*p*=0.023) e FS (*p*=0.022) as diferenças encontradas revelam significado estatístico – Tabela 18.

Tabela 18. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por tipo de horário

Dimensões	Fixo	Turnos	Teste Levene <i>p</i>	Teste t <i>P</i>
	M ± DP	M ± DP		
FF	94.44 ± 8.34	92.80 ± 8.30	<i>p</i> =0.274	<i>p</i> = 0.264
DF	83.13 ± 19.10	78.96 ± 23.54	<i>p</i> =0.046	<i>p</i> =0.300
DC	73.86 ± 20.34	65.51 ± 22.35	<i>p</i> =0.774	<i>p</i>=0.023
SG	71.95 ± 17.46	69.07 ± 20.52	<i>p</i> =0.071	<i>p</i> =0.366
VT	56.64 ± 18.04	55.03 ± 21.43	<i>p</i> =0.065	<i>p</i> =0.625
FS	73.52 ± 20.29	64.94 ± 24.88	<i>p</i> =0.159	<i>p</i>=0.022
DE	79.01 ± 20.92	79.27 ± 23.51	<i>p</i> =0.671	<i>p</i> =0.945
SM	73.25 ± 16.08	68.05 ± 20.03	<i>p</i> =0.086	<i>p</i> =0.081
CF	80.84 ± 11.91	76.59 ± 14.13	<i>p</i> =0.122	<i>p</i> =0.051
CM	70.60 ± 16.00	66.82 ± 19.39	<i>p</i> =0.131	<i>p</i> =0.198

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Ao testar a QdV entre os grupos de **anos de trabalho** entre os dois grupos, através do Teste T-Student, não se descobriram diferenças estatísticas significativas no índice de QdV ($p=0.462$), nem nas dimensões e componentes do SF36v2.

Para testar a percepção de QdV e o número de **horas de trabalho por semana** procede-se à realização do Teste Kruskal-Wallis, observando-se diferenças significativas no índice de QdV ($p=0.045$), com os profissionais que trabalham menos do que 35 horas por semana a demonstrar nível mais satisfatório – Tabela 19.

Tabela 19. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística índice QdV por horas de trabalho semanal

Horas de trabalho semanal	Qualidade de vida
	M ± DP
<35 horas (n=47)	78.46 ± 14.12
35-42 horas (n=149)	73.69 ± 13.40
>42 horas (n=5)	77.60 ± 12.97
Kruskal-Wallis	p=0.045

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Foi observado, pelo coeficiente de correlação de Spearman, uma correlação negativa entre o número de horas de trabalho semanal e a QdV ($r=-0.151$; $p=0.033$), isto é, quanto mais horas de trabalho semanal pior o índice de QdV.

Através do mesmo teste para a comparação em cada dimensão e componente, verifica-se que unicamente na dimensão VT ($p=0.016$) e na CM ($p=0.048$) as diferenças encontradas são significativas. Mais uma vez, os profissionais que trabalham um número de horas inferior a 35 são os que revelam maior qualidade de vida. Embora sem diferenças significativas, também nas dimensões SG, FS, DE e SM se verifica que os valores médios de QdV neste grupo de profissionais são superiores – Tabela 20.

Tabela 20. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por horas de trabalho semanal

Dimensões	<35 horas	35-42 horas	>42 horas	Kruskal-Wallis
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	p
FF	94.57 ± 7.13	93.83 ± 8.76	98.00 ± 4.47	p=0.371
DF	86.84 ± 18.39	80.49 ± 20.55	92.50 ± 13.55	p=0.068
DC	73.11 ± 22.18	71.38 ± 20.60	86.40 ± 18.84	p=0.321
SG	74.87 ± 21.11	70.33 ± 17.19	69.20 ± 12.44	p=0.119
VT	63.16 ± 19.47	54.19 ± 18.11	55.00 ± 18.43	p=0.016
FS	75.53 ± 21.17	70.47 ± 21.66	75.00 ± 19.76	p=0.270
DE	85.64 ± 19.17	77.07 ± 21.75	76.67 ± 23.12	p=0.380
SM	73.94 ± 18.15	71.78 ± 16.89	68.00 ± 10.37	p=0.325
CF	82.35 ± 13.54	79.00 ± 12.09	86.53 ± 10.69	p=0.075
CM	74.57 ± 16.68	68.38 ± 16.65	68.67 ± 15.82	p=0.048

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Comparando a percepção de QdV entre os grupos de profissionais onde se verifica **coexistência de outra atividade profissional (que não com população psiquiátrica)** para o índice de QdV não se observam diferenças significativas ($p=0.229$), assim como para as suas dimensões, sendo a VT a única para a qual o mesmo não se verifica ($p=0.049$) – Tabela 21.

Como se pode observar, a QdV de vida tende a ser superior quando esta coexistência de outra atividade profissional existe. Isto apenas não é verdadeiro quando se trata da dimensão SG.

Tabela 21. Teste T-Student – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por coexistência de outra atividade profissional

Dimensões	Sim	Não	Teste Levene	Teste t
	M ± DP	M ± DP	p	p
FF	95.14 ± 7.02	93.52 ± 8.97	p=0.220	p= 0.185
DF	85.53 ± 18.04	80.42 ± 21.02	p=0.186	p=0.083
DC	73.38 ± 21.62	72.02 ± 20.69	p=0.712	p=0.907
SG	70.01 ± 18.40	72.13 ± 17.97	p=0.490	p=0.429
VT	59.76 ± 17.92	54.35 ± 18.98	p=0.926	p=0.049
FS	73.80 ± 22.16	70.61 ± 21.14	p=0.506	p=0.312
DE	81.96 ± 20.37	77.41 ± 21.89	p=0.375	p=0.147
SM	72.95 ± 17.81	71.76 ± 16.63	p=0.562	p=0.636
CF	80.77 ± 12.12	79.52 ± 12.70	p=0.958	p=0.498
CM	72.12 ± 17.15	68.53 ± 16.47	p=0.382	p=0.145

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Fazendo uso do Teste Kruskal-Wallis, para comparar a percepção de QdV dependendo do **grau de satisfação profissional** dos inquiridos, descobre-se que existem diferenças significativas tanto no índice de QdV ($p<0.001$) – Tabela 22.

Tabela 22. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística índice QdV por grau de satisfação profissional

Grau de satisfação profissional	Qualidade de vida M ± DP
1 (n=8)	65.24 ± 20.86
2 (n=112)	72.18 ± 13,24
3 (n=81)	79.62 ± 11.94
Kruskal-Wallis	p<0.001

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Como se observa pela Tabela 22, quanto maior o grau de satisfação profissional, maior o índice de QdV. Isto é comprovado pelo coeficiente de correlação de Spearman, que indica uma correlação positiva entre o grau de satisfação profissional e o índice de QdV ($r=0.289$; $p<0.01$).

Através da Tabela 23 observa-se que, com excepção da dimensão FF ($p=0.754$), em todas as dimensões se verificam diferenças estatísticas significativas na QdV dos 3 grupos de graus de satisfação profissional atribuída pelos profissionais de saúde mental.

Tabela 23. Teste Kruskal-Wallis – Inferência estatística dimensões e componentes SF36v2 por grau de satisfação profissional

Dimensões	1 M ± DP	2 M ± DP	3 M ± DP	Kruskal-Wallis p
FF	93.75 ± 7.91	94.02 ± 7.50	94.25 ± 9.49	<i>p=0.754</i>
DF	81.25 ± 30.80	78.57 ± 21.04	87.50 ± 16.30	p=0.010
DC	57.00 ± 14.67	69.65 ± 20.99	77.11 ± 20.33	p=0.007
SG	63.13 ± 26.01	68.69 ± 18.21	75.88 ± 16.23	p=0.017
VT	44.53 ± 24.87	53.46 ± 18.51	61.42 ± 17.22	p=0.002
FS	53.13 ± 22.90	68.30 ± 21.15	78.40 ± 19.86	p<0.001
DE	76.04 ± 31.63	75.22 ± 21.47	84.67 ± 19.11	p=0.009
SM	53.13 ± 28.53	69.55 ± 17.03	77.72 ± 13.23	p=0.001
CF	73.78 ± 17.40	77.73 ± 12.31	83.69 ± 11.30	p=0.002
CM	56.71 ± 25.05	66.64 ± 16.44	75.55 ± 14.42	p<0.001

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Em suma, os resultados revelam que os profissionais de saúde mental de Portugal Continental apresentam pior perceção do seu estado de saúde e QdV do que a população portuguesa de nível de instrução alto.

Para a maioria das variáveis independentes testadas (com excepção de Classe Profissional, Idade e Anos de Trabalho) pelo menos numa das dimensões do SF36v2 se observam diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, procuramos abordar os principais pontos de discussão desta investigação, com base nos resultados obtidos.

Analisar a amostra de acordo com a distribuição de categorias profissionais e outras variáveis como o sexo, face a dados de recursos humanos em serviços hospitalares de psiquiatria e em Instituições de Solidariedade Social revelou-se extremamente difícil.

Em primeiro lugar, e relativamente a estas instituições, não se encontram dados indicativos do número de profissionais a trabalhar com a população em estudo. Também se observa que, muitas destas instituições, dão apoio simultâneo a população psiquiátrica e população portadora de deficiências de outro tipo. Desta forma, quaisquer dados gerais encontrados não seriam viáveis.

Focando os dados relativos aos serviços hospitalares, os dados são díspares, conforme prova a Tabela 23:

Tabela 24. Número de recursos humanos dos serviços hospitalares em Portugal Continental

Recursos Humanos	DGS (2004)	CNRSSM (2007)	CNSM (2008)
Psiquiatras	417	350	444
Internos	*	135	*
Enfermeiros especialistas SM	755	642	248
Enfermeiros sem especialidade SM			1061
Psicólogos	589	85	243
Técnicos de Serviço Social	107	52	112
Terapeutas Ocupacionais	57	31	72
Outros	19	71	*
Total	1944	1366	2180

* Informação não especificada

Em relação ao estudo da CNSM (2008), apesar de estes serem os dados mais recentes, incluem não só o número de recursos humanos dos hospitais, mas também dos Serviços Locais de Saúde Mental, os quais não se incluíram na amostra deste estudo.

No grupo “outros” estão incluídos os terapeutas da fala e técnicos de psicomotricidade. No caso da DGS (2004) incluem-se, ainda, professores de ensino especial e técnicos superiores de educação.

Todas estas variáveis dificultam a análise de proporção de respostas obtidas face à população de profissionais de saúde mental existente em Portugal Continental, estima-se que este valor ronde os 10%, não ultrapassando, com certeza, os 15%, de acordo com os dados acima apresentados.

Previamente ao início da discussão de resultados propriamente dita, é de reforçar que nenhum estudo semelhante a este foi encontrado para a população em causa, isto é, não foi encontrado nenhum estudo de avalie a QdV dos profissionais de saúde mental e, neste sentido, muitos dos resultados obtidos são comparados e analisados tendo por base resultados encontrados em estudos realizados com profissionais de saúde de outras áreas de trabalho.

Relembrando o **objetivo 1**:

1. Verificar se existem diferenças na QdVRS dos profissionais de saúde mental face aos valores de referência para a população portuguesa com nível de qualificação alto.

Tendo em conta que a população do estudo são profissionais de saúde mental qualificados, foram usados os valores de referência de Ferreira & Santana (2003) encontrados para um nível de instrução alto.

Observa-se que em todas as dimensões do SF-36v2, com exceção da dimensão SM, os valores médios são estatisticamente diferentes dos valores de referência. Porém, as diferenças encontradas nos domínios FF e SG são no sentido oposto ao esperado, isto é, os profissionais de saúde possuem médias superiores nestes domínios face aos valores de referência para a população portuguesa.

Desta forma, e com base nos valores apresentados na Tabela 7, chegam-se às seguintes conclusões, de acordo com as dimensões do instrumento SF36v2:

- FF: os profissionais de saúde mental apresentam pouca limitação no desempenho de atividades diárias simples, incluindo as mais violentas, sem limitações derivadas de problemas de ordem física.
- DF: existe alguma diminuição do desempenho no tipo e quantidade de atividades de vida diária e de trabalho executado como consequência do estado de saúde físico.
- DC: os profissionais de saúde mental apresentam ligeira interferência da dor em atividades domésticas ou relacionadas com o trabalho.
- SG: este indicador sugere que os profissionais de saúde mental consideram a sua saúde atual como boa, considerando-se resistentes à doença.
- VT: observam-se resultados reveladores de níveis de cansaço e fadiga elevados e níveis de energia baixos.
- FS: os valores nesta dimensão são sugestivos de limitação nas atividades sociais habituais, em termos de quantidade e qualidade, devido a problemas de saúde físicos ou emocionais.
- DE: observa-se ligeira limitação no desempenho de atividades do trabalho, ou outras, motivadas por problemas emocionais.

- SM: o valor elevado nesta escala demonstra que sentimentos de ansiedade e depressão não afetam o dia-a-dia dos profissionais de saúde mental, existindo predomínio de sentimentos de calma e tranquilidade.

Relembrando a **Hipótese 1**:

H1: a QdVRS dos profissionais de saúde mental, face aos valores de referência para a população portuguesa de nível de instrução alto, encontra-se diminuída.

Face ao exposto, verifica-se a confirmação da Hipótese 1.

Relembrando os **objetivos 2 e 3**:

2. Avaliar a QdVRS dos profissionais de saúde mental nos diferentes domínios.

3. Verificar se existem diferenças na QdVRS dos profissionais de saúde mental de acordo com as características pessoais: género, idade, estado marital, existência de filhos e grau habilitacional, e as características profissionais: classe profissional, local de trabalho, população de trabalho, tipo de vínculo, tempo de serviço, tipo de horário, horas de trabalho semanal, coexistência de outra atividade profissional que não com população psiquiátrica e grau de satisfação profissional.

Face ao **género**, encontraram-se valores mais baixos de qualidade de vida para o feminino, contudo sem se observarem diferenças significativas. Os resultados foram semelhantes nos estudos de Garrido (2004), Gonçalves (2008) e Asaiag et al. (2010); já Calumbi et al. (2010) verificaram diferenças significativas na sua amostra, tendo as mulheres apresentado valores inferiores na avaliação subjetiva de QdV.

Os valores de QdV são mais baixos em todos os domínios, mas diferenças significativas foram observadas nos domínios DF, DC e CF. Em termos gerais, Tountas et al. (2003) reportam também valores mais elevados para os homens em todos os domínios do SF-36. Santos & Oliveira (2011) também descobriram valores superiores de QdV em todos os domínios do WHOQOL-Bref, embora com exceção do domínio social, mas sem diferenças significativas. Na sua análise, Kheiraoui et al. (2012) encontraram com diferenças estatísticas significativas com as mulheres a demonstrarem menor score na DC, VT e SM. Garrido (2004), tendo usado o mesmo instrumento para avaliar QdV em enfermeiros, também verificou valores mais baixos de QdV no sexo feminino, contudo em termos de domínios as suas diferenças significativas foram encontradas na FF, FS, SM e VT.

Tountas et al. (2003) referem que, de certa forma, estes dados refletem a posição desvantajosa da mulher numa estrutura predominantemente masculina. Calumbi et al. (2010) e Stumm et al. (2009) relacionam estes resultados com o acumular de responsabilidades e

preocupações das mulheres nos seus papéis e nos contextos doméstico, familiar e de trabalho, uma vez que a mulher ainda está a tentar conquistar o seu espaço no setor profissional e a procurar o equilíbrio entre o sucesso profissional e a vida pessoal, passando pela independência financeira.

Relembrando a **Hipótese 2:**

H2: os profissionais de saúde mental do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de QdV.

Em função do referido, considera-se confirmada parcialmente a Hipótese 2, pois tal não se verifica para o índice de QdV geral, mas para as dimensões DF, DC e CF.

Em termos de **idade**, obtém-se uma amostra jovem com predomínio da faixa etária dos 25 aos 34 anos. Nenhuma diferença estatística significativa foi encontrada no índice de QdV geral e em todas escalas e componentes do SF-36 entre os grupos etários. Resultados semelhantes foram encontrados por Gonçalves (2008) e Guler & Kuzu (2009). É interessante revelar que o grupo em que se observa melhor índice de QdV é o de 45-54 anos (82.55 ± 9.93), o que vai de encontro aos resultados de Calumbi et al. (2010), Santos et al. (2008) e Tountas et al. (2003), que descrevem melhor estado de saúde para os grupos etários mais velhos, enquanto os participantes mais jovens apresentam pior estado de estado.

Especificando para os domínios e componentes não se encontraram diferenças ou correlações, mas tanto Garrido (2004) como Tountas et al. (2003) nos seus estudos relatam uma correlação positiva entre idade e a QdV ao nível da saúde mental e emocional. Isto é explicado pelos autores pelo aumento da satisfação profissional com a idade, justificado em parte pela diminuição de expectativas e colocação de metas mais realísticas com a experiência e amadurecimento profissionais. Neste sentido, a variável idade é relacionada pelos autores com os anos de serviço e o grau de satisfação profissional, variáveis exploradas posteriormente.

Stumm et al. (2009) alertam que uma população jovem de profissionais de saúde deve implicar, por partes dos gestores dos serviços de saúde, uma preocupação no sentido de ensinar os mesmos a reconhecer sinais de *stress* e desenvolver estratégias de *coping*, pois necessitam de aprender a lidar com as situações relacionadas com o ambiente de trabalho e os doentes e seus familiares, assim como a desenvolver autonomia e responsabilidade. Garrido (2004) refere ainda e uma correlação negativa entre a idade e QdV relacionada com o funcionamento físico.

Relembrando a **Hipótese 3:**

H3: os profissionais de saúde mental mais jovens apresentam piores resultados de QdV.

Após o apresentado, não se efetua confirmação da Hipótese 3.

No que diz respeito ao **estado marital**, não se encontraram diferenças estatísticas significativas no índice de QdV, embora se verifique que os casados apresentam valores superiores. A literatura mostra que os casados realmente apresentam valores superiores de QdV, designadamente Gonçalves (2008) e Santos et al. (2008) com diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

Analisando os domínios encontram-se diferenças estatísticas significativas para o DF e DE. Gonçalves (2008), através do uso do WHOQOL-Bref, encontra diferenças para nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. A análise destes resultados indica que ser casado ou viver maritalmente constitui um fator positivo na perceção das dificuldades nas atividades quotidianas e de trabalho. O mesmo autor conclui que ser casado ou viver em união de facto afeta positivamente a perceção de proteção e segurança física.

Relembrando a **Hipótese 4**:

H4: os profissionais de saúde mental casados apresentam níveis mais satisfatórios de QdV.

Assim, considera-se parcialmente confirmada a Hipótese 4, tendo-se verificado diferenças estatísticas significativas nas dimensões DF e DE.

Quanto à existência de **filhos**, observa-se com diferença estatística significativa que os profissionais de saúde que possuem filhos apresentam uma melhor perceção de QdV. Analisando em pormenor os domínios e componentes, o mesmo é verdadeiro para a DF, DE e CM. Neste sentido, Lentz et al. (2000) referem que possuir e conviver com família dota os profissionais de condições que permitem obter maior possibilidade de satisfação com a vida pessoal e profissional. Lino (2004) acrescenta que isto também está relacionado com o papel e valor que a família exerce na sociedade.

Relembrando a **Hipótese 5**:

H5: os profissionais de saúde mental com filhos apresentam níveis mais altos de QdV.

Em função do supracitado, confirma-se a Hipótese 5.

Relativamente ao **grau habilitacional**, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos no índice de QdV e obteve-se correlação positiva entre estas variáveis. Verificaram-se diferenças estatísticas significativas nos domínios FF, DC e CF. Estes resultados corroboram o encontrado nos estudos de Gonçalves (2008) e Santos & Cardoso (2010) e revelam que o investimento na escolaridade e formação profissional podem oferecer acesso a diferentes recursos favorecedores de condições de vida e retorno financeiro (Santos & Cardoso, 2010).

Relembrando a **Hipótese 6**:

H6: os profissionais de saúde mental com maior grau de habilitações apresentam melhores níveis de QdV.

Face ao exposto, confirma-se a Hipótese 6.

Apesar de o índice de QdV ser mais baixo entre o grupo de enfermeiros e mais alto entre os psicólogos, não se observam diferenças estatísticas significativas entre os diferentes grupos de **classes profissionais**. Também não se observam diferenças quando comparados os *scores* dos domínios e componentes. Guler & Kuzu (2009) encontraram resultados diferentes, com diferenças significativas entre os grupos de classes profissionais dos Cuidados de Saúde Primários para as dimensões da QdV.

O facto de os enfermeiros serem o grupo com mais baixo indicador de QdV é concordante com diversos estudos, nomeadamente Guler & Kuzu (2009) e Kheiraoui et al. (2012). As justificações para isto relacionam-se com a profissão ser altamente stressante e exigente e não ser bem recompensada (Santos & Beresin, 2009; Tountas et al., 2003). Por estes motivos, Kheiraoui et al. (2012) remetem para a importância de programas de gestão de *stress* no trabalho. Uma vez que nenhum dos estudos referidos foi realizado com população de profissionais que trabalham na área de saúde mental, é de salientar que o facto de não se encontrarem diferenças significativas pode estar precisamente relacionado com uma certa igualdade em termos de condições de trabalho e, particularmente, de *stress*, entre os diferentes grupos de classes profissionais.

Relembrando a **Hipótese 7:**

H7: existem diferenças nas médias dos valores de índice geral e das dimensões da QdV entre as diferentes classes de profissionais de saúde mental.

Desta forma, não se confirma a Hipótese 7.

Como referido anteriormente, a variável **local de trabalho** não pode ser analisada, uma vez que as respostas obtidas nesta questão aberta não permitem a análise dos resultados por tipo de instituição ou localização geográfica.

Relembrando a **Hipótese 8:**

H8: existem diferenças nas médias dos valores de índice geral e das dimensões da QdV entre os profissionais de diferentes locais de trabalho.

Os resultados relativos ao tipo de **população de trabalho**, quer na vertente cronicidade da população quer na vertente de faixa etária não foram observadas diferenças estatísticas significativas no índice geral de QdV.

Na dimensão SG visualizam-se diferenças estatísticas significativas, sendo os profissionais a trabalhar com população aguda os que apresentam valores mais elevados. Confirmando estes dados, Pelisoli et al. (2007) afirmam que o trabalho com doentes crónicos pode levar a frustração de expectativas dos profissionais em verificar melhorias significativas nas condições de saúde mental da população atendida.

Na dimensão DC notam-se diferenças significativas entre os grupos de profissionais face à faixa etária de população de trabalho. Os profissionais que trabalham com população pediátrica apresentam valores médios mais satisfatórios e para os que trabalham com população idosa observa-se o oposto. Uma possível justificação apresentada pela literatura indica que o trabalho com população pediátrica, onde há expectativa de vida de crianças, afeta positivamente a QdV dos profissionais de saúde (Lentz et al., 2000).

Relembrando a **Hipótese 9**:

H9: os profissionais de saúde que trabalham com população crónica apresentam valores mais baixos de QdV.

Em função do referido, confirma-se parcialmente a Hipótese 9, porque diferenças estatísticas significativas apenas de observaram na dimensão SG.

Relembrando a **Hipótese 10**:

H10: os profissionais de saúde mental que trabalham com população pediátrica apresentam níveis mais satisfatórios de QdV.

Confirmam-se parcialmente a Hipótese 10, verificando-se na dimensão DC diferenças estatísticas significativas.

No que diz respeito ao **tipo de vínculo**, não se observam diferenças significativas entre os grupos na comparação do índice de QdV, sendo a VT a única dimensão que apresenta estas diferenças. Tanto nesta dimensão como na DF e DE as médias de QdV apresentam-se superiores no grupo de funcionários públicos.

Gonçalves (2008) no seu estudo também encontrou médias superiores de QdV para os funcionários públicos em todas as dimensões do WHOQOL-Bref, em oposição a médias inferiores dos enfermeiros a contrato a termo certo ou incerto. Contudo, as diferenças estatísticas significativas encontradas neste estudo dizem respeito aos domínios Físico e Meio Ambiente. É de

referir que os itens relacionados com a VT no instrumento utilizado neste estudo inserem-se no domínio Físico do WHOQOL-Bref.

Relembrando a **Hipótese 11:**

H11: os profissionais de saúde mental que sejam funcionários públicos apresentam níveis mais altos de QdV.

A Hipótese 11 é, assim, parcialmente confirmada, com diferenças estatísticas significativas na dimensão VT.

Em termos de **tipo de horário** não se observam diferenças significativas no índice de QdV geral, apesar de a média ser superior nos profissionais que trabalham em horário fixo. Isto também se verifica em todas as dimensões – exceto na DE, mas diferenças estatística apenas se verificam na DC e FS.

Assim, em geral observa-se que quem trabalha em horário fixo, geralmente de manhãs e tardes, apresenta melhor QdV, achados idênticos aos encontrados por Garrido (2004). Valores mais baixos de DC indicam que os profissionais de saúde mental que trabalham por turnos sentem dor e desconforto físico e que o mesmo está a interferir com atividades diárias, incluindo o trabalho. Isto pode, então, estar relacionado com uma dessincronização dos ritmos circadianos, incluindo o ritmo de sono vigília, o que produz alterações negativas na qualidade e duração do sono; acrescenta-se que o sono diurno, a que obriga o trabalho por turnos, possui características diferentes do sono noturno e que colocam em causa a sua qualidade (Garrido, 2004; Lino, 2004).

Neste tópico, mais uma vez é de referir, que o trabalho por turnos pode ter implicações na vida social e familiar dos profissionais de saúde (Garrido, 2004; Santos & Beresin, 2009) e, em particular, dos profissionais de saúde mental, o que se verifica pelas diferenças significativas encontradas na FS.

Apesar de na literatura estarem descritas outras implicações na saúde mental e física dos profissionais que trabalham por turnos, as mesmas não se observam nesta investigação.

Contudo, e como indica Garrido (2004), uma solução para as adversidades causadas pelo trabalho por turnos passa por equacionar uma nova organização de horários e metodologias de trabalho, que favorece a repetição e a rotina.

Relembrando a **Hipótese 12:**

H12: os profissionais de saúde mental com horário de trabalho por turnos apresentam níveis mais baixos de QdV.

Face ao supracitado, confirma-se parcialmente a Hipótese 12, tendo-se observado diferenças estatísticas significativas nas dimensões DC e FS.

Para os **anos de trabalho** não se verificaram diferenças estatísticas significativas na análise da QdV e das dimensões do instrumento. Estando esta variável relacionada com a variável idade, crê-se que a explicação mencionada anteriormente também é válida para esta análise.

Nunes & Freire (2006) ao analisarem a mesma variável descobriram uma fraca associação desta com o domínio Psicológico do WHOQOL-Bref, que levaram a que estivesse relacionada a um maior grau de satisfação profissional, melhor rendimento e maior reconhecimento profissional nos indivíduos com mais anos de atividade profissional. Já Kheiraoui et al. (2012) referem que profissionais com mais de 15 anos de experiência têm menores índices de saúde geral. Gonçalves (2008), assim como o investigador, não encontrou influência da variável em causa no índice de QdV ou nas suas dimensões.

Relembrando a **Hipótese 13**:

H13: os profissionais de saúde mental que trabalhem há mais anos apresentam melhores níveis de QdV.

Com estes dados, não se confirma a Hipótese 13.

No estudo da variável **horas de trabalho** por semana observam-se diferenças estatísticas no índice de QdV, na VT e na CM. Em todos estes o grupo com valores mais satisfatórios é o dos profissionais de trabalho menos de 35 horas por semana. Apesar de não existirem diferenças significativas, também na SG, FS, DE e SM as médias são mais satisfatórias no grupo enunciado.

Num estudo com profissionais de saúde mental, Santos & Cardoso (2010) encontraram médias significativamente superiores de QdV nos domínios Social e Meio ambiente para os profissionais que trabalham até 6 horas por dia (menos de 30 horas por semana).

Também Santos & Oliveira (2011) revelam diferença estatística significativa entre os grupos para a perceção geral de QdV assim como para os seus domínios, nos quais os funcionários que trabalham menos apresentam valores mais satisfatórios.

Segundo estes autores, isto deve-se a que os profissionais que trabalhem mais horas usufruam de menos tempo para atividades de descanso, recreação, lazer e para conviver com a família ou socializar, prejudicando a perceção que o indivíduo tem de si e da sua posição na vida.

Calumbi et al. (2010) enumeram como manifestações clínicas devidas ao excesso de trabalho: cansaço e perda de energia – relacionado com a dimensão VT onde se observaram diferenças significativas – distúrbios de sono e de humor, redução da capacidade de trabalho, aprendizagem, raciocínio e memória e dificuldades nas relações interpessoais – em geral relacionados com a CM.

No mesmo sentido, Asaiag et al. (2010) mostram que um número reduzido de horas de trabalho semanal diminui os níveis de exaustão emocional e despersonalização, itens relacionadas com o Síndrome de Burnout, contudo não interferem com a realização profissional.

Relembrando a **Hipótese 14:**

H14: os profissionais de saúde mental que trabalham menos horas por semana apresentam níveis mais satisfatórios de QdV.

Através dos resultados obtidos, confirma-se a Hipótese 14.

Face à **coexistência de atividade profissional**, que não relacionada com a população psiquiátrica, apenas se observam diferenças estatísticas significativas para a VT, contudo em todas as dimensões, exceto a SG, as médias são superiores para os profissionais nos quais a coexistência se verifica.

Para a maioria dos autores, quando é estudado o acumular de empregos em mais do que um local, o objetivo prende-se com a ideia de que isto diminui a QdV, uma vez que provoca desgaste físico e psicológico, para além da já referida diminuição de tempo disponível para as atividades de lazer e recreação; também relacionam ainda este acumular de empregos com os baixos salários (Santos & Beresin, 2009; Schmidt & Dantas, 2006; Stumm et al. 2009).

Contudo, neste estudo considera-se que a análise da variável número de horas de trabalho por semana cumpre o objetivo enunciado por estes autores. Assim, o objetivo desta questão ser colocada aos profissionais de saúde mental tem a ver com a hipótese de que, quem complementa a sua atividade profissional na área de saúde mental com outro trabalho que não com este tipo de população, apresente melhores índices de QdV, o que efetivamente se verifica. Isto revela então que trabalhar com outra população que não a psiquiátrica, mesmo que de forma complementar, aumenta os valores de QdV. Isto suporta o objetivo geral desta investigação, mas também abre as portas a que seja estudado, dentro das áreas de saúde, que profissionais são mais afetados na sua QdV dependendo dessa área de atuação.

Relembrando a **Hipótese 15:**

H15: os profissionais de saúde mental que trabalhem com outra população, que não desta área, apresentam níveis mais elevados de QdV.

Confirma-se parcialmente a Hipótese 15, com diferenças estatísticas significativas na dimensão VT.

Em geral, relativamente ao **grau de satisfação profissional**, os profissionais de saúde da amostra apresentam-se mais ou menos satisfeitos. Esta é uma variável que se correlaciona

positivamente com a QdV, sendo os valores mais satisfatórios de QdV quanto maior o grau de satisfação profissional. Analisando esta variável foram encontradas diferenças significativas estatísticas para o índice de QdV e todas as dimensões e componentes, com exceção única da FF.

Pelisoli et al. (2007), num estudo com profissionais de saúde mental, revelam que, de uma forma geral, os profissionais estão satisfeitos com o trabalho na instituição. Com o mesmo tipo de população, Santos et al. (2011) observa níveis intermédios de satisfação profissional. Já Bandeira et al. (2007) observam baixos níveis de satisfação entre os profissionais de saúde mental da sua amostra.

O estudo de Lino (2004) evidencia correlações significativas entre a satisfação profissional e o índice de QdV e seus domínios. Ainda Schmidt & Dantas (2006) afirmam que a QdV passa pela satisfação do trabalhador. Contudo, por exemplo, Faria (2009) não verifica relação entre a QdV e a satisfação profissional dos enfermeiros do seu estudo.

Quando à QdV propriamente dita, Guimarães et al. (2011) afirmam que a (in)satisfação tem consequências na vida do profissional, interferindo com a sua saúde física e mental.

Outro dado importante de assinalar é que Bandeira et al. (2007) encontraram correlação negativa significativa entre a satisfação profissional e a sobrecarga, ou seja, quanto maior o nível de sobrecarga sentida pelos profissionais, menor era o seu grau de satisfação no trabalho. Também Santos, A. M. (2009) verifica que a exaustão emocional apresenta um efeito negativo significativo sobre a satisfação profissional, explicando 24% da variável satisfação no trabalho.

Relembrando a **Hipótese 16**:

H16: os profissionais de saúde mental que tenham níveis mais elevados de satisfação profissional apresentam níveis mais satisfatórios de QdV.

Em função do exposto, confirma-se a Hipótese 16.

4. CONCLUSÕES

Para melhor interpretação dos resultados desta investigação, é importante considerar algumas limitações metodológicas a esta associadas, não se pretendendo terminar sem apresentar também algumas sugestões.

Em primeiro lugar, é de salientar que o número de indivíduos incluídos na amostra dificulta a generalização dos resultados ao universo de profissionais de saúde mental em Portugal Continental. Esta limitação deveu-se, essencialmente, à falta de resposta por parte dos Hospitais e Centros Hospitalares, os quais, na sua maioria, não se mostraram recetivos na distribuição da informação enviada como forma de solicitação de participação no estudo.

Esta limitação também pode ter contribuído para não se observarem diferenças significativas nos grupos, em virtude da falta de representatividade da amostra em relação à população em estudo, sendo ainda difícil prever se os profissionais de saúde mental com menor qualidade de vida seriam mais ou menos suscetíveis de participarem neste estudo.

Assim, por forma a colmatar esta primeira limitação identificada, sugere-se que no futuro sejam realizados outros estudos que incluam amostras de maiores dimensões, se possível, incluindo respostas de todos os hospitais e instituições com serviços de psiquiatria, pedopsiquiatria e psicogeriatría.

Sendo esta uma investigação com desenho de estudo transversal, a avaliação de associações causa-efeito entre os fatores socioprofissionais e a qualidade de vida torna-se limitada. Face a esta limitação de um estudo transversal, seria gratificante que esta investigação ultrapassasse o âmbito académico, constituindo um trampolim para novos estudos, tendo em mente que não se podem prestar bons cuidados de saúde aos utentes, sem que haja atenção aos profissionais de saúde, já que estes são os prestadores de cuidados. Ressalta-se, assim, a necessidade de estudos longitudinais, com o objetivo de avaliar as repercussões das condições de trabalho na qualidade de vida dos profissionais de saúde mental.

Quanto aos instrumentos utilizados, considera-se que apesar de o SF-36v2 ser uma ferramenta amplamente utilizada e adequada para avaliação do tema em estudo, este é um questionário de auto-perceção, sendo por isso subjetivo e podendo originar alguma dificuldade na sua interpretação. Outra limitação da investigação, relacionada com o questionário socioprofissional, foi não se terem conseguido realizar comparações entre os locais de trabalho e zonas do país. Isto sucedeu porque a pergunta do questionário socioprofissional que daria origem a estas respostas foi efetuada como pergunta aberta, permitindo uma resposta inadequada ou incompleta por parte dos respondentes.

Para que se possa intervir a nível organizacional e individual é importante que exista pesquisa e investigação baseada na evidência e, desta forma, é necessário realizar mais estudos focando os profissionais de saúde mental. Verificando a existência de muitas perspetivas

interessantes para novos estudos, sugere-se a associação de avaliação da qualidade de vida com a fadiga, com a existência de algum problema de saúde, com o suporte social e familiar e, ainda, com o *stress* e o *burnout*. Também seria de aprofundar a relação entre a qualidade de vida destes profissionais com o grau de satisfação profissional. Para isso, é necessário compreender melhor a satisfação profissional, as suas características, causas e efeitos, utilizando para isso outras medidas.

É importante para a gestão e em termos organizacionais que sejam adotadas medidas promovam a saúde e qualidade de vida dos seus profissionais de saúde, respeitando os ritmos naturais do indivíduo, nomeadamente de sono-vigília e de alimentação, assim como desenvolvido horários que facilitem a vida familiar e social. É, ainda, necessário que, por parte das instituições, seja efetuado um esforço no sentido de promover sentimentos de segurança e estabilidade face ao emprego e local de trabalho. Revela-se também importante o desenvolvimento de formações direcionadas para a gestão de *stress*, gestão de conflitos, estratégias de *coping* e assertividade. Estas permitem capacitar os profissionais de saúde mental de um leque de competências no âmbito das relações profissionais e pessoais.

Concluindo, os resultados encontrados possibilitam a intervenção junto destes profissionais e podem ser importantes como indicadores da qualidade dos serviços de saúde mental, uma vez que a Qualidade de vida destes pode afetar diretamente o seu desempenho e, por consequência, a qualidade do serviço prestado ao utente.

Assim, apesar das limitações acima mencionadas, pensa-se que através desta investigação se tenha contribuído cientificamente para a compreensão do tema e problemática da Qualidade de Vida, especificamente em profissionais de saúde mental, percebendo-se a importância do investimento no prestador de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. P. C. d. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Braga. 564 pp.
- Almeida, L. & Freire, T. *Aspectos éticos na investigação e na observação*. Universidade do Minho.
- Alves, F. & Silva, L. F. d. (2004). *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão*. *Actas do V Congresso Português de Sociologia*. Universidade do Minho, Braga.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anes, E. J., & Ferreira, P. L. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67-82.
- Araújo, D. S. M. S. d. & Araújo, C. G. S. d. (2000). Aptidão física e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6(5), 194-203.
- Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. d. A. & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422-429.
- Bandeira, M., Ishara, S., & Zuardi, A. W. (2007). Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: Validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 280-296.
- Barros, A. S. B. d. (2010). *A qualidade de vida dos médicos: Estudo exploratório no Centro Hospitalar da Cova da Beira*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior, Covilhã. 48 pp.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales* (2ª ed). Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health: Investigating health and health services* (2ª ed.). United Kingdom: Open University Press.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D. & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*, 2(6), 451-459.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Calumbi, R. A., Amorim, J. A., Maciel, C. M. C., Filho, O. D. & Teles, A. J. F. (2010). Avaliação da qualidade de vida dos anestesiológicos da cidade do Recife. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60(1), 42-51.
- Calvetti, P. U., Figuera, J., Muller, M. C. & Poli, M. C. (2006). Psicologia da saúde e qualidade de vida: Pesquisas e intervenções em psicologia clínica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(1), 18-23.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3, 243-268.

- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M., Pintassilgo, A. L. & Ferreira, A. P. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 15-28.
- Carlotto, M. S. (2011). Fatores de risco de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (2), 7-26.
- Cecagno, D., Gallo, C. M. C., Cecagno, S. & Siqueira, H. C. H. (2003). Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 7(2), 54-59.
- Código Civil (2010). *Verbo Jurídico*. Compilações legislativas.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população – rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Comissão das Comunidades Europeias. Bruxelas.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório: Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016: Resumo executivo*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa.
- Cordeiro, J. C. D. (2005). *Manual de psiquiatria clínica* (3.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, S. M. G. (2012). *Qualidade de vida em crianças com problemas motores: Estudo comparativo*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco. 152 pp.
- David, M. A. P. (2008). *Qualidade de vida nos doentes com narcolepsia*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Lisboa. 87 pp.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2008). *Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos*. Seul.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral na sua Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948. *Diário da República – I Série A, n.º 57/78*.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Rede de referência de psiquiatria e saúde mental*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). *Reatualização do plano nacional de saúde mental*. Lisboa.
- Domingues, I. A. R. C. (2008). *Obesidade, factores de risco cardiovascular e qualidade de vida em doentes esquizofrénicos institucionalizados no Centro Hospitalar Conde de Ferreira*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Porto. 223 pp.
- Emmel, M. L. G. (2012). Trabalho e qualidade de vida dos terapeutas ocupacionais: Estudo de uma amostra brasileira. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 20(1), 55-63.
- Esteves, M. T. (2011). *Saúde mental comunitária: Rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)*. Dissertação de Mestrado em Política Social. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

- Faria, B. J. (2009). *Qualidade de vida do enfermeiro no exercício profissional e os seus reflexos na satisfação profissional*. Monografia de Licenciatura. Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Porto. 78 pp.
- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D. & Jorge, L. (2006). Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. *Psilogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 3 (1), 61-70.
- Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Documento de Trabalho 2*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13 (1/2), 55-66.
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13 (3), 119-127.
- Ferreira, P. L., & Ferreira, L. d. N. e. (2006). A medição de preferência em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), 5-14.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2009). O sistema português de valores do SF-6D. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 7-23.
- Ferreira, P. L., & Marques, F. B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais: Documento de trabalho 1*.
- Ferreira, P. L. & Neves, C. (2002). Qualidade de vida e diabetes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18, 402-8.
- Ferreira, P. L. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Fleck, M. P. d. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M. P. d. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. d. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Fogaça, M. d. C., Carvalho, W. B. d., Nogueira, P. C. K. & Martins, L. A. N. (2009). Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(3), 299-305.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização* (5 ed.). Loures: Lusociência.
- Frade, J. T. F. (2010). *Análise estatística do Inquérito Nacional de Saúde e determinantes da qualidade de vida dos portugueses*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra, Coimbra. 70 pp.

Franco, G. P., Barros, A. L. B. L. d. & Nogueira-Martins, L. A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 139-144.

Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas* (3.ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Gandek et al., (1998). Tests of data, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 1149-1158.

Garrido, A. F. d. S. (2004). *A Supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro. 166 pp.

Gonçalves, J. D. A. (2008). *Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade do Algarve, Faro. 111 pp.

Gonçalves, J. D. O. (2010). *Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento*. Dissertação de Mestrado. Faculda de Economia – Universidade de Coimbra, Coimbra. 132 pp.

Gonçalves, J. J. d. A. S. (2012). *Plataforma para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em oncologia*. Dissertação de Doutoramento. Universidade Fernando Pessoa, Porto. 133 pp.

Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B. & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2145-2154.

Guler, N. & Kuzu, F. (2009). The health-related quality of life of the health professionals working in the primary healthcare centers and its correlation with selected sociodemographic factors in Sivas, a central Anatolian City. *Scientific Research and Essay*, 4(12), 1547-1552.

Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Jara, J. M. (2007). Contribuição para um Livro Branco da psiquiatria e da saúde mental em Portugal. *Separata da Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 1-22.

Kheiraoui, F., Gualano, M. R., Mannocci, A., Boccia, A. & La Torre, G. (2012). Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy. *Public Health*, 126, 624-629.

Kuerer, H. M., Eberlein, T. J., Pollock, R. E., Huschka, M., Baile, W. F., Morrow, M., Michelassi, F., Singletary, S. E., Novotny, P., Sloan, J. & Shanafelt, T. D. (2007). Career Satisfaction, Practice Patterns and Burnout among Surgical Oncologists: Report on the Quality of Life of Members of the Society of Surgical Oncology. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3043-3053.

Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Açores. 23 pp.

Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto, Sétima revisão constitucional. *Diário da República – I Série-A*, n.º 155, pp. 4642-4686.

Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro, Lei da Protecção de Dados Pessoais. *Diário da República – I Série-A*, n.º 247, pp. 5536-5546.

Lentz, R. A., Castenaro, R. G. S., Gonçalves, L. H. T. & Nassar, S. M. (2000). O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 7-14.

Lima, A. F. B. d. S. (2002). *Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 90 pp.

Lino, M. M. (2004). *Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiros de unidades de terapia intensiva*. Tese de Pós-Graduação. Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, São Paulo. 223 pp.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5.^a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.

McIntyre, T. M., McIntyre, S. E. & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (17), 513-527.

Minayo, M. C. d. S., Hartz, Z. M. d. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.

Miranda, S. C. C. (2011). *Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia de Braga – Universidade Católica Portuguesa, Braga. 117 pp.

Miranzi, S. d. S. C., Mendes, C. A., Nunes, A. A., Iwamoto, H. H., Miranzi, M. A. S. & Tavares, D. M. d. S. (2010). Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(2), 189-197.

Monteiro, M. J. M. (2011). *Competências para a vida em adolescentes: Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e da competência social*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade do Algarve, Faro. 128 pp.

Morais, P. O. I. (2010). *Avaliação da qualidade de vida e esperança em toxicodependentes infectados e não infectados com VIH*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Fernando Pessoa, Porto. 104 pp.

Neto, R. R. (2011). *Qualidade de vida em doentes com esclerose múltipla*. Dissertação de Licenciatura. Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Porto. 65 pp.

Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1 (1), 56-68 pp.

Nogueira-Martins, L. A. (2010). Qualidade de vida dos médicos residentes: Revisão de estudos brasileiros. *Cadernos ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica*, 6, 12-18.

Nunes, M. d. F. & Freire, M. d. C. M. (2006). Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1019-1026.

Oler, F. G., Jesus, A. F. d., Barboza, D. B. & Domingos, N. A. M. (2005). Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arq Ciênc Saúde*, 12(2), pp. 102-110.

- Oliveira, A. L. C. d. (2010). *Correlatos da qualidade de vida estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Fernando Pessoa, Porto. 150 pp.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. World Health Organization. Suíça.
- Organização Mundial de Saúde (2008). CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (10.^a revisão). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2001). *Saúde mental: Cuidar, sim. Excluir, não – Dia Mundial da Saúde*. Organização Mundial da Saúde. Washington.
- Parlamento Europeu (2009). *Resolução do Parlamento Europeu, de 19 de Fevereiro de 2009, sobre saúde mental*. Bruxelas.
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, São Paulo. 255 pp.
- Pelisoli, C., Moreira, A. K., & Kristensen, C. H. (2007). Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC*, 5(9), 63-78.
- Praça, M. I. F. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde dos ACES Trás-os-Montes I Nordeste*. Dissertação de Mestrado. Associação de Politécnicos do Norte – Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. 150 pp.
- Rato, I. E. M. N. (2009). *A Pessoa criativa: Perspectivas em saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra, Coimbra. 96 pp.
- Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (2011). *SF-36 v2*. Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, M. A. L. (2007). *Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto. 175 pp
- Santos, A. F. d. O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 543-548.
- Santos, A. I. M. d. (2009). *A saúde mental em cuidados de saúde primários: Artigo de revisão*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra, Coimbra. 21 pp.
- Santos, A. M. d., Cardoso, D. A. J., Vieira, D. P. B., Araújo, F. C., Farias, H. S. d., Mota, S. P. d., Monteiro, J. C. M. S. & Bahia, S. H. A. (2011). Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 813-825.

- Santos, A. M. S. R. S. (2009). *Burnout nos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de doentes agudos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa. 207 pp.
- Santos, C. S. V. d. B. & Ribeiro, J. L. P. (2001). A qualidade de vida do doente oncológico: Revisão da bibliografia. *Revista Referência*, 7.
- Santos, M. d. F. O. d. & Oliveira, H. J. d. (2011). Influência de variáveis laborais na qualidade de vida dos anestesiológicos da Cidade de João Pessoa. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(3), 333-343.
- Santos, O. R. d. (2002). *Qualidade de vida relacionada com saúde: Com e sem exercício físico regular*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. 122 pp.
- Santos, R. M. A. d. & Beresin, R. (2009). Quality of life of nurses in the operating room. *Revista Einstein*, 7(2), 152-158.
- Santos, R., M. d. F., Franco, M. J. B., Batista, V. L. D., Santos, P. M. d. F. & Duarte, J. C. (2008). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(8), 17-31.
- Schmidt, D. R. C. & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de vida entre profissionais do bloco cirúrgico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(1), 100-108.
- Seabra, A. (1999). *O técnico, a pessoa, ... e o burnout no Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior: Estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. 153 pp.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. d. C. (2004). Qualidade de vida e saúde : aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Silva, A. A., Souza, J. M. P. d., Borges, F. N. d. S., & Fischer, F. M. (2010). Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 718-25.
- Souza, M. A. & Stancato, K. (2010). Avaliação da qualidade de vida de profissionais de saúde em Campinas. *Revista de Administração em Saúde*, 12(49), 154-162.
- Stumm, E. M. F., Ribeiro, G., Kirchner, R. M., Loro, M. M. & Rosanelli, C. L. S. P. (2009). Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 620-627.
- Talhaferro, B., Barboza, D. B. & Domingos, N. A. M. (2006). Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterelização. *Rev. Ciênc. Méd.*, 15(6), pp. 495-506.
- Tountas, Y., Demakako, P. T. H., Yfantopoulos, Y., Aga, J., Houliara L. & Pavi, E. (2003). The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. *Health and quality of life outcomes*, 1(61).
- Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 224 pp.
- Vale, M. d. C. J. P. d. (2007). *Ética da investigação*. Comissão de ética para a investigação clínica.
- Ware, J. E. & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 903-912.

Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-483.

Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going?. *J Clin Epidemiol*, 52(4), 355-363.

World Health Organization (1996). *WHOQOL-Bref: Introduction, administration, scoring and assessment of the generic version - field trial version*. Geneva: World Health Organization.

Zanei, S. S. V. (2006). *Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares*. Tese de Pós-graduação. Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, São Paulo. 135 pp.

ANEXO I

Questionário de estado de saúde SF-36v2

Questionário de estado de saúde (SF36v2)

Instruções:

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

Em geral, diria que a sua saúde é:

- Ótima
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

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

- Muito melhor
- Com algumas melhoras
- Aproximadamente igual
- Um pouco pior
- Muito pior

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

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado	Não, nada limitado/a
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantar ou pegar nas compras da mercearia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir vários lanços de escadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir um lanço de escadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar mais de 1 km	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar várias centenas de metros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar uma centena de metros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante as últimas 4 semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Imenso

Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhumas
- Muito fracas
- Ligeiras
- Moderadas
- Fortes
- Muito fortes

Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu muito nervoso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu com muita energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu deprimido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu estafado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu cansado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Algum tempo
- Pouco tempo
- Nunca

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

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou convencido de que a minha saúde vai piorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha saúde é óptima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!



ANEXO II

Sistema de pontuação do questionário SF-36v2

Transformação de valores

Questão	Alíneas	Dimensão	Escala	Transformação		
1	-	SG	1 – 5	$1 \rightarrow 5$ $4 \rightarrow 2$ $2 \rightarrow 4,4$ $5 \rightarrow 1$ $3 \rightarrow 3,4$		
2	-	MS	1 – 5	Manter valor de resposta		
3	(a – j)	FF	1 – 3	Manter valor de resposta		
4	(a – d)	DF	1 – 5	Manter valor de resposta		
5	(a – c)	DE	1 – 5	Manter valor de resposta		
6	-	FS	1 – 5	$(x = 6 - x)$: $1 \rightarrow 5$ $4 \rightarrow 2$ $2 \rightarrow 4$ $5 \rightarrow 1$ $3 \rightarrow 3$		
7	-	DC	1 – 6	$1 \rightarrow 6$ $4 \rightarrow 3,1$ $2 \rightarrow 5,4$ $5 \rightarrow 2,2$ $3 \rightarrow 4,2$ $6 \rightarrow 1$		
8	-	DC	1 – 5	Depende do valor de resposta à questão 7 ¹ : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> Se 7 = 1 $1 \rightarrow 6$ $2 \rightarrow 4$ $3 \rightarrow 3$ $4 \rightarrow 2$ $5 \rightarrow 1$ </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Se 7 = 2, ..., 6 $(x = 6 - x)$: $1 \rightarrow 5$ $2 \rightarrow 4$ $3 \rightarrow 3$ $4 \rightarrow 2$ $5 \rightarrow 1$ </td> </tr> </table>	Se 7 = 1 $1 \rightarrow 6$ $2 \rightarrow 4$ $3 \rightarrow 3$ $4 \rightarrow 2$ $5 \rightarrow 1$	Se 7 = 2, ..., 6 $(x = 6 - x)$: $1 \rightarrow 5$ $2 \rightarrow 4$ $3 \rightarrow 3$ $4 \rightarrow 2$ $5 \rightarrow 1$
Se 7 = 1 $1 \rightarrow 6$ $2 \rightarrow 4$ $3 \rightarrow 3$ $4 \rightarrow 2$ $5 \rightarrow 1$	Se 7 = 2, ..., 6 $(x = 6 - x)$: $1 \rightarrow 5$ $2 \rightarrow 4$ $3 \rightarrow 3$ $4 \rightarrow 2$ $5 \rightarrow 1$					
9	(a, e, g, i)	VT	1 – 5	b, c, f, g, i → manter valor de resposta		
	(b, c, d, f, h)	SM	1 – 5	a, d, e, h → $(x = 6 - x)$: $1 \rightarrow 5$ $4 \rightarrow 2$ $2 \rightarrow 4$ $5 \rightarrow 1$ $3 \rightarrow 3$		
10	-	FS	1 – 5	Manter valor de resposta		
11	(a – d)	SG	1 - 5	a, c → manter valor de resposta b, d → $(x = 6 - x)$: $1 \rightarrow 5$ $4 \rightarrow 2$ $2 \rightarrow 4$ $5 \rightarrow 1$ $3 \rightarrow 3$		

¹ Não se considera a hipótese de a questão 7 não ser respondida, uma vez que o programa informático utilizado não permite que o questionário seja terminado sem existir resposta a todas as questões.

Determinação do score das dimensões

Dimensão	Questões	Valor mínimo (V_{\min})	Valor máximo (V_{\max})	Variação ($V_{\max} - V_{\min}$)
FF	3 (a - j)	10	30	20
DF	4 (a - d)	4	20	16
DC	7, 8	2	12	10
SG	1, 11 (a - d)	5	25	20
VT	9 (a, e, g, i)	4	20	16
FS	6, 10	2	10	8
DE	5 (a - c)	3	15	12
SM	9 (b, c, d, f, h)	5	25	20
MS	2	1	5	4

$$\text{Score dimensão} = \frac{(\text{Soma do valor das respostas} - \text{Valor mínimo}) \times 100}{\text{Variação}}$$

Este score total varia de 0 a 100, isto é, um valor mais elevado corresponde a um melhor estado de saúde.

APÊNDICE I

Questionário Sócio-Profissional

Questionário Sócio-Profissional

Instruções:

Assinale a resposta que considera mais adequada ao seu caso.

É profissional a exercer funções na área de cuidados de psiquiatria e saúde mental em Portugal?

Sim

Não

>>

Género

Feminino

Masculino

Idade (anos)

Estado Civil

Solteiro

Casado/União de facto

Divorciado/Separado

Viúvo

Filhos

0

1

2

3

mais de 3

Grau habilitacional

Bacharelato

Licenciatura

Pós-graduação/Especialidade

Mestrado

Doutoramento

Classe Profissional

- Médico Psiquiatra
- Médico Pedopsiquiatra
- Médico Interno
- Enfermeiro generalista
- Enfermeiro com especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria
- Enfermeiro com especialidade que não em Saúde Mental e Psiquiatria
- Psicólogo
- Técnico de Serviço Social
- Terapeuta Ocupacional
- Outro

Local de Trabalho (especifique organização e localidade)

Tempo de serviço com população psiquiátrica (anos)

População de trabalho (pode seleccionar mais do que 1 opção)

Pediátrica

Adulta

Idosa

População de trabalho (pode seleccionar mais do que 1 opção)

Agudos

Crónicos

Tipo de horário

Fixo

Por turnos

Horas de trabalho semanal

Tipo de vínculo

- Funcionário público
- Contrato de trabalho sem termo
- Contrato de trabalho a termo, certo ou incerto
- Contrato de prestação de serviços

Coexistência de outra atividade profissional (que não com população psiquiátrica)

Sim

Não

Classifique o grau de satisfação profissional numa escala de 1 a 3, considerando 1 como menor grau de satisfação e 3 como maior grau satisfação profissional.

1

2

3

>>

APÊNDICE II

E-mail enviado para divulgação do estudo

Exm.º (ª) Sr.º (ª) Doutor (nome)
Presidente do Conselho de Administração do (a)
Organização

Porto, Dia de Mês de 2013

Venho por este meio solicitar divulgação de estudo junto dos profissionais de saúde que estejam a exercer funções na área de psiquiatria e saúde mental, para efeitos de desenvolvimento dum projeto de dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações, no ramo de Gestão de Unidades de Saúde da Associação de Politécnicos do Norte, com orientação do Professor Doutor Rui Pimenta.

O tema da investigação é “A qualidade de vida dos profissionais de saúde mental”, tendo o estudo como principal objetivo analisar e caracterizar a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida relacionada com a saúde nestes profissionais.

A recolha de dados tem por base um questionário de auto-preenchimento, a ser respondido via on-line, sendo o mesmo anónimo e, como tal, os seus dados totalmente confidenciais, destinando-se apenas a ser utilizados para fins de investigação científica.

Agradeço que, divulgando o estudo, tenha a amabilidade de me dar conhecimento para este mesmo endereço de e-mail.

Certa da melhor atenção da Vossa Exª, encontro-me ao dispor para qualquer informação adicional.

Para os efeitos solicitados, o link que permite aceder ao questionário apresenta-se de seguida:

https://qtrial.qualtrics.com/SE/?SID=SV_2mJ3wfwQvxHMujz

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Andreia Paula
Contacto telefónico: 91 261 21 12
Correio eletrónico: andreiasmp.to@gmail.com

APÊNDICE III

Informação acerca do questionário

Consentimento Informado



INQUÉRITO

Este inquérito é constituído por dois questionários que têm como objectivo recolher informação sobre a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos profissionais de saúde a exercer funções na área de psiquiatria e saúde mental.

Esta investigação tem por tema "**A qualidade de vida dos profissionais de saúde mental**", estando inserida no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações, no ramo de Gestão de Unidades de Saúde da Associação de Politécnicos do Norte.

Desta forma, solicito a sua participação neste estudo, garantindo-lhe que o seu preenchimento é totalmente **anónimo**, sendo os seus **dados confidenciais** e destinando-se apenas a ser utilizados para fins de investigação científica. Assim, somente os resultados do tratamento estatístico dos dados serão divulgados.

Não existem respostas certas ou erradas. O que nos interessa é a honestidade no seu preenchimento, o qual demorará cerca de **10 minutos**.

A sua colaboração é preciosa!

Desde já, muito obrigada pela atenção prestada.

Andreia Paula

Aceita participar de livre vontade neste estudo e autoriza o tratamento dos dados para fins científicos?

- Sim
- Não

