

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Personalidade, Saúde e Bem-Estar Subjectivo em
Trabalhadores por Turnos**

CARLOS SPENCER

2006/2008

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme Portaria nº

107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº5 do Decreto-lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

Agradecimentos

Podem existir normas de agradecimentos, do mais ao menos importante e vice-versa, as quais não vou respeitar. As pessoas que fizeram parte deste processo se lerem este agradecimento saberão perceber o meu sentir, cada um tem o seu lugar, todos foram importantes.

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro pelo seu apoio, interesse, mestria, paciência e dedicação que caracterizou a sua atitude, ao longo da execução desta investigação.

À empresa onde foi recolhida a amostra deste estudo, na pessoa do Sr. Dr. José Lourenço, pelas facilidades concedidas e pelo interesse demonstrado.

A todos os vigilantes que se dispuseram a responder ao questionário e tornaram possível a realização deste estudo.

Aos inspectores da empresa em questão, mais concretamente ao Sr. Vítor Valentim, que se tem revelado um amigo dedicado, pelo apoio e trabalho dispendido na distribuição e recolha dos questionários.

À minha amiga e salva-vidas Carla Dias, pela força, paciência e ajuda nos momentos de maior aflição.

À minha mãe, pela motivação, pelo carinho, coragem e paciência nos momentos em que estava mais nervoso.

À minha sogra, pelo incentivo, pelas refeições quentes ao fim de um dia cansativo e por ficar com a Beatriz até tarde.

À restante família e amigos por aceitarem e compreenderem as minhas ausências e pela força dada desde sempre.

Agradeço também a todos aqueles que voluntária ou involuntariamente dificultaram a realização deste trabalho. Pelos momentos difíceis, onde me fizeram sentir por vezes um grande desânimo e desespero, mas que determinaram a minha persistência em não desistir.

Não posso deixar de mencionar a minha gratidão à minha esposa, pela ajuda na separação e cotação dos questionários, no tratamento estatístico e nas questões ligadas à informática, bem como pela generosidade, compreensão, paciência e carinho que sempre manifestou e sem a qual este trabalho não seria possível.

À minha filha Beatriz, por todo o seu amor manifestado em cada dia, pelo seu lindo e expressivo sorriso, por aqueles abraços fortes e pelas lindas canções, que me deram força para continuar nos momentos em que a vontade era desfalecer.

Resumo

O presente trabalho procura investigar de que forma os traços de Personalidade, interagem com a Concepção e Comportamentos de Saúde de vigilantes a trabalhar por turnos e, relação entre estes conceitos e o Bem-Estar Subjectivo dos sujeitos entrevistados.

No sentido de estudar os domínios atrás referidos, foi escolhida uma empresa no sector da Segurança Privada, na área da grande Lisboa, onde a organização dos seus tempos de trabalho envolve horários de trabalho de diversa periodicidade, desde os turnos fixos aos turnos rotativos.

Participaram no estudo 132 vigilantes, todos do sexo masculino e a trabalhar em regime de turnos rotativos. Recorreu-se à utilização do Inventário de Personalidade de Eysenck, da Escala de Concepção de Saúde de Laffrey, do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde e da Escala de Bem-Estar Pessoal.

Para dar corpo a este estudo foram colocadas 14 questões de investigação.

O Neuroticismo pode ser um antecedente, mas também, uma consequência de uma pobre tolerância ao trabalho por turnos, daí advindo que o trabalho em horários pouco convencionais pode induzir também modificações de Personalidade.

Em empresas que adoptam políticas de elevada rotatividade, os sobreviventes das demissões certamente representarão uma parcela de pessoas que está longe de ser considerada um padrão. Estes factos podem reforçar os efeitos do trabalhador sadio.

Palavras-chave: Trabalho por Turnos, Personalidade, Saúde, Bem-Estar Subjectivo.

Abstract

This paper aims to investigate how Personality, interacts with the Conception and Behavior of Health of Security Guards who work in shifts, and the relationship between these concepts and Subjective Well-Being of the subjects interviewed.

In order to study the areas above mentioned, a company was chosen in the private security sector, in the greater Lisbon area, where the organization of their working time involves work schedules of different frequency.

In this study participated 132 Security Guards, all male and working on rotating shifts. This study used the Eysenck Personality Inventory, the Laffrey Health Conception Scale, the Inquiry of Attitudes and Behaviors of Health and the Well-Being Personal Scale.

To give substance to this study 14 investigation questions were created.

The Neuroticism may be a precedent, but also a consequence of poor tolerance to shift work, so that the work that comes in unconventional schedules can also induce changes in personality.

In companies that adopt policies of high turnover, the survivors of layoffs certainly are a part of the people that are far from being considered a standard. These facts can enhance the effects of the healthy worker.

Key words: Shift Work, Personality, Health, Subjective Well-being.

Índice

I - Introdução	10
1. Trabalho por Turnos	14
1.1. Consequências do Trabalho por Turnos	17
1.2. Factores Preditores da Tolerância ao Trabalho por Turnos	24
2. Personalidade.....	32
3. Conceção de Saúde	38
4. Comportamentos de Saúde	42
4.1. Promoção de Saúde	46
5. Bem-Estar Subjectivo	49
6. Problema.....	52
6.1. Formulação do Problema.....	52
6.2. Questões de Investigação.....	54
II - Método.....	56
1. Participantes	57
2. Material.....	59
2.1. Questionário Demográfico, Profissional e de Doença.....	59
2.2. Inventário de Personalidade de Eysenck	61
2.3. Escala de Conceção de Saúde de Laffrey	62
2.4. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde	63
2.5. Escala de Bem-Estar Pessoal.....	64
3. Tipo de Estudo.....	68
3.1. Definição de variáveis	68
4. Procedimento	72
III – Resultados.....	73
1. Análise Quantitativa	74
2. Análise Descritiva.....	94
IV - Discussão	113
V - Conclusão	132
Referências	137
Anexos.....	156

Anexo A - Questionário Sócio-demográfico

Anexo B - Inventário de Personalidade de Eysenck

Anexo C- Escala de Conceção de Saúde de Laffrey

Anexo D – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Anexo E – Escala de Bem-Estar Pessoal

Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição dos inquiridos por Estado Civil	58
Quadro 2 - Valores de consistência interna para as Dimensões do IPE através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach.	66
Quadro 3 - Valores de consistência interna para os Factores da ECSL através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach	66
Quadro 4 - Valores de consistência interna para os Factores do QACS através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach.	67
Quadro 5 - Valores de consistência interna para os Factores do QACS através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach.	67
Quadro 6 - Coeficientes de correlação para os Traços de Personalidade e a Conceção de Saúde, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).....	75
Quadro 7 - Coeficientes de correlação para os Traços de Personalidade e os comportamentos de Saúde, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).....	76
Quadro 8 - Coeficientes de correlação para os Traços de Personalidade e o Bem-Estar Subjectivo, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).	77
Quadro 9 - Coeficientes de correlação para os Traços de Personalidade e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).....	78
Quadro 10 – Estatísticas descritivas para os Traços de Personalidade e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).....	79
Quadro 11 - Coeficientes de correlação para a Conceção de Saúde e os Comportamentos de Saúde, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).....	80
Quadro 12 - Coeficientes de correlação para a Conceção de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).	81
Quadro 13 - Coeficientes de correlação para a Conceção de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).	82
Quadro 14 – Estatísticas descritivas para a Conceção de Saúde e os Filhos de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).	84
Quadro 15 – Estatísticas descritivas para a Conceção de Saúde e a Religiosidade de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).	85
Quadro 16 – Estatísticas descritivas para a Conceção de Saúde e a Doença Crónica de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).	86
Quadro 17 - Coeficientes de correlação para os Comportamentos de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).....	87
Quadro 18 - Coeficientes de correlação para os Comportamentos de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).	88
Quadro 19 – Estatísticas descritivas para os Comportamentos de Saúde e os Filhos de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).	90
Quadro 20 – Estatísticas descritivas para os Comportamentos de Saúde e a Doença Crónica de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).	91
Quadro 21 - Coeficientes de correlação para o Bem-Estar Subjectivo e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).	92

Quadro 22 – Estatísticas descritivas para o Bem-Estar Subjectivo e a Religiosidade de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).	93
Quadro 23 – Estatísticas descritivas para o Bem-Estar Subjectivo e a Doença Crónica de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).	93
Quadro 24 – Distribuição dos participantes quanto à existência de filhos.....	94
Quadro 25 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Filhos.	94
Quadro 26 - Distribuição dos participantes quanto ao número de Pessoas a Cuidado.....	95
Quadro 27 - Distribuição dos participantes quanto à Religiosidade.	95
Quadro 28 - Distribuição dos participantes quanto à Escolaridade.	96
Quadro 29 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Anos de Trabalho.....	97
Quadro 30 – Distribuição dos participantes quanto ao Número de Anos no Actual Regime de Turnos.....	98
Quadro 31 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Anos a Trabalhar por Turnos.....	99
Quadro 32 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Horas de Trabalho por Semana.	100
Quadro 33 - Distribuição dos participantes quanto às Características do Trabalho no Turno da Manhã.	101
Quadro 34 - Distribuição dos participantes quanto às Características do Trabalho no Turno da Tarde.....	101
Quadro 35 - Distribuição dos participantes quanto às Características do Trabalho no Turno da Noite.	102
Quadro 36 - Distribuição dos participantes quanto ao Ritmo de Trabalho.	103
Quadro 37 - Distribuição dos participantes quanto ao Tipo de Pessoa 1.	104
Quadro 38 - Distribuição dos participantes quanto ao Tipo de Pessoa 2.	104
Quadro 39 - Distribuição dos participantes quanto às Vantagens versus Desvantagens do sistema de turnos.	105
Quadro 40 - Distribuição dos participantes quanto à Satisfação com o Trabalho.....	106
Quadro 41 - Distribuição dos participantes quanto à Existência de Doença Crónica.	107
Quadro 42 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Dias Doente no Ano Anterior.....	108
Quadro 43 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Dias Sem Trabalhar no Ano Anterior, por Doença.	109
Quadro 44 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Dias de Cama no Ano Anterior.....	110
Quadro 45 - Distribuição dos participantes quanto frequência de Idas ao Médico.....	111
Quadro 46 - Distribuição dos participantes quanto à Saúde percebida na última semana.	111
Quadro 47 - Distribuição dos participantes quanto à Qualidade de Vida percebida na última semana.	112

I - Introdução

Prosseguindo uma estratégia de consolidação e autonomia tecnológica visando dar rápida resposta às específicas e exigentes solicitações dos mercados, a organização dos tempos de trabalho passou pela implementação de trabalho por turnos (Sousa, 2004).

O trabalho por turnos é uma necessidade social, uma realidade económica e uma novidade competitiva. Assim, a problemática do trabalho nocturno e por turnos tem vindo a tornar-se uma realidade incontornável nas sociedades modernas e o interesse do estudo das suas repercussões na saúde um tema em aberto (Queirós, 2000). E é por isso que constitui um quadro clínico reconhecido por todas as actuais classificações diagnósticas, nomeadamente a DSM-IV, a ICD-10 e a ICSD-97 (Cruz, 2003). Cruz (2003) acredita que este quadro está associado a problemas diversos, tais como perturbações do humor e do sono-vigília, perturbações gastrointestinais, cardiovasculares, absentismo e sinistralidade, quer rodoviária, quer no local de trabalho.

Se há alguma divergência de opiniões quanto às diferenças entre as taxas de absentismo e de morbilidade entre os trabalhadores por turnos e trabalhadores de dia, o mesmo não se observa no que respeita a determinadas queixas subjectivas feitas pelos trabalhadores por turnos, área em que parece haver maior acordo quanto à sua maior frequência nos trabalhadores por turnos que nos trabalhadores regulares de dia (Silva, 2000).

Outras queixas frequentemente referidas pelos trabalhadores por turnos e nocturnos permanentes em comparação com os trabalhadores diurnos, incluem dores de cabeça, nervosismo, depressão, tremores nas mãos, diminuição do poder de concentração, dificuldades nas relações sexuais, fadiga, irritabilidade, impulsividade e falta de energia (Who, 1969; Wyatt e Marriot 1953, cit. por Silva, 2000).

Azevedo (1980) sugere que nos trabalhadores por turnos se verifica uma maior incidência de perturbações nervosas, quando comparadas com trabalhadores diurnos.

Alguns estudos revelam que o sistema de trabalho por turnos tem efeitos desorganizadores na vida social e familiar (Azevedo, 1980).

A organização do trabalho, ao atingir o indivíduo, modifica a sua maneira de enfrentar os riscos e traz efeitos sobre a saúde ainda não perfeitamente conhecidos ou dimensionados. A relação saúde e trabalho não reporta apenas ao adoecer, aos acidentes e ao sofrimento. Para os trabalhadores, a saúde é construída no trabalho. Em primeiro lugar, o objectivo é conseguir os resultados desejados pelas hierarquias, por vezes sem contar com as condições ideais, e ao dar conta das exigências complexas, inusitadas e algumas imprevistas, os trabalhadores tentam reafirmar a sua auto-estima e, desenvolvem as suas habilidades (Assunção, 2003).

Pode-se dizer que a saúde é um estado, uma qualidade de vida e que é influenciada por múltiplos factores, nomeadamente físicos, mentais, sociais, ambientais e outros. O estudo da saúde é um desafio: a saúde é um conceito dinâmico, difícil de definir e medir; e diversas profissões e disciplinas académicas participam neste campo de investigação e pretendem conseguir a promoção de saúde dos indivíduos e populações (Bennett & Murphy, 1999; Furer, Konig-Zahn & Tax, 2001, cit. por Matos & Albuquerque, 2006).

A realidade actual tem vindo a exigir dos pesquisadores envolvidos com a temática da saúde maiores esforços para compreender as mudanças recentes, pois têm-se verificado grandes mudanças na forma como as pessoas fazem uso das suas capacidades físicas, cognitivas e afectivas, na sua relação com o trabalho.

Os estilos de vida têm sido consensualmente percebidos como relevantes para a saúde e tem-se salientado a importância de fomentar padrões de comportamento individual mais favoráveis para prevenir doenças e promover a saúde (Ribeiro, 2005). Os factores de estilo de vida, como a dieta alimentar, o exercício físico, fumar, consumir álcool e drogas, acidentes e comportamento sexual, são um todo integrado e afectam a probabilidade de se sofrer duma doença e também de sobreviver uma vez doente (Snel & Twisk, 2001).

Os estilos de vida, caracterizados por um conjunto de comportamentos adoptados no dia-a-dia, representam um dos principais moduladores dos níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas. Entre estes, aqueles que podem afectar negativamente a saúde, são por exemplo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o fumo, os hábitos alimentares inadequados, níveis insuficientes de actividade física, uso de drogas ilícitas e comportamentos sexuais de risco (Júnior & Lopes 2004).

Tendo por base esta problemática, o presente estudo visa constituir um contributo da investigação da Psicologia da Saúde, para, não somente compreender e apoiar os indivíduos sujeitos a este sistema de trabalho, como também, e se possível promover o desenvolvimento de práticas de recursos humanos mais adequados, com vista a uma melhor qualidade de vida do trabalhador, sem prejuízo da qualidade do trabalho que realiza.

1. Trabalho por Turnos

Segundo White e Keith (1990) o trabalho por turnos não é um fenómeno recente, sendo que a sua história pode ser traçada com a invenção do fogo, cerca de 7000 a.C., quando o homem teve a possibilidade de permanecer fora dos abrigos até um pouco mais tarde, e desde as primeiras tribos nómadas, as quais necessitavam que os guardas de campo e os pastores se mantivessem acordados e vigilantes durante as horas normais de sono.

Wagner (1984) refere que os gregos e romanos usavam velas e tochas flamejantes para terem luz à noite, em alguns casos era necessário que se ficasse acordado durante a noite, como no caso dos soldados que guardavam os acampamentos militares para assegurarem que não seriam surpreendidos pelo inimigo enquanto dormiam. Também os marinheiros teriam de permanecer acordados de noite para garantirem que os navios não encalhavam.

Para o autor, o evoluir das civilizações tornam mais presentes as necessidades de comunicação e transporte, resultando em entregas nocturnas de correio, navegação e transporte terrestre. Estas sociedades em crescimento exigiam que algumas actividades profissionais se mantivessem operantes em tempo integral, como no caso das padarias, da segurança e manutenção da lei e dos hospitais (Wagner, 1984).

De acordo com Fischer (2004a), o crescimento do trabalho por turnos e nocturno deteve-se temporariamente na Idade Média, por duas razões principais; primeiro porque a divisão de grandes populações citadinas em estados feudais rurais fez diminuir a necessidade de comércio e segundo, porque o regulamento para artesãos e demais profissões exigiu que as actividades comerciais funcionassem apenas durante o dia.

Durante o período da Renascença, o comércio adquiriu importância e o trabalho por turnos e nocturno expandiu-se com o aumento do transporte de passageiros e de matérias-primas. Ao mesmo tempo acontecia a revolução cultural que veiculava uma melhor consciencialização do valor do tempo. Assim a utilização eficiente e produtiva do tempo transformou-se numa prioridade e o trabalho por turnos e nocturno passou a ser uma parte importante nesta utilização do tempo (Wagner, 1984).

Segundo Cruz (2003) o trabalho por turnos, embora já conhecido desde os tempos passados, só com a sociedade industrializada se tornou um fenómeno mais extenso e, segundo os dados existentes, com tendência a aumentar, principalmente entre os indivíduos do sexo feminino. Com a Revolução Industrial, a sucessiva utilização de máquinas no trabalho proporcionou um incremento na produção de bens de consumo, o que significou para o trabalhador a necessidade de desenvolver a sua actividade profissional em momentos que seriam de repouso. Neste período, era comum empregarem-se homens, mulheres e crianças para trabalharem longas jornadas que se iniciavam pelas 5 horas da manhã e se prolongavam até às 20 horas, em turnos de 15 horas (Fischer, 2004b).

Durante as duas Grandes Guerras, um grande número de homens e mulheres abandonou as actividades agrícolas para irem trabalhar para as fábricas de armamento e munições em turnos rotativos de 24 horas por dia (White & Keith, 1990).

Escriba-Aguir (1992) refere os seguintes factores como fundamentais para o grande aumento do trabalho por turnos: sociais (no sector da saúde, transportes públicos, policia, bombeiros e militares); tecnológicos (processos de produção industriais, que precisam de ser mantidos continuamente) e económicos (o elevado custo de maquinarias e exigências do

mercado, forçando as indústrias a trabalhar 24 horas por dia, a fim de poderem rentabilizar o capital investido).

O trabalho por turnos segundo alguns autores caracteriza-se pela continuidade da produção e uma quebra da continuidade no trabalho realizado pelo trabalhador. Isto significa que a continuidade da produção ou da prestação de serviços é obtida através da contribuição de diversos grupos de funcionários que se sucedem no local de trabalho. Os horários de trabalho podem ser fixos ou rotativos (Fischer, Lieber & Brown, 1995; Moreno & Louzada, 2004). Por outro lado, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho refere o trabalho por turnos como uma resposta ao desejo de produzir bens e serviços durante um período superior à jornada de trabalho individual (Silva, 1994).

O artigo 188 da Lei nº 99/2003, de 27 de Agosto, que aprova o Código do Trabalho, considera o trabalho por turnos como qualquer modo de organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupem sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o ritmo rotativo, que pode ser de tipo contínuo ou descontínuo, o que implica que os trabalhadores podem executar o trabalho a horas diferentes no decurso de um dado período de dias ou semanas.

As condições ambientais e organizacionais em que o trabalhador por turnos desenvolve as tarefas, são fundamentais para a manutenção da saúde física e mental (Costa, 2004). O autor afirma que as características do sistema de turnos adoptado nas empresas são particularmente importantes para a boa qualidade de vida do trabalhador, estando aí a origem de grande número de dificuldades a serem superadas. O número de equipas ao trabalho, os horários de entrada e saída do trabalho, a duração das jornadas diárias e semanais, o número de folgas semanais e mensais, o número de noites, tardes e fins-de-semana trabalhados, os

dias de férias anuais, as possibilidades de troca de horários de trabalho, a flexibilização nas escalas de trabalho, a fixação ou a rotação dos horários de trabalho, entre outras características, vão permitir estabelecer mudanças mais rápidas ou lentas nos ritmos biológicos, assim como distintas possibilidades de conciliação das actividades de trabalho com as desenvolvidas nas esferas doméstica e social.

1.1. Consequências do Trabalho por Turnos

A OMS declara que saúde significa não somente a ausência de doença, mas também um total bem-estar físico, mental e social (Costa, 2004). Ora, o sistema de trabalho por turnos e o trabalho nocturno são considerados pela maioria dos autores como um sistema que provoca alterações na saúde e no bem-estar dos trabalhadores, através dos seus efeitos directos, dos efeitos indirectos e, sobretudo através de alterações familiares, psicológicas e sociais (Azevedo, 1980; Bohle, Fischer, Rotenberg & Moreno 2004; Borralho, 2000; Bosh, 1990, cit. por Santos, 2003; Fischer, 2004a).

Alguns indivíduos são mais adaptáveis que outros, tendo estes últimos, grandes dificuldades em funcionar eficazmente quando os seus trabalhos exigem a oposição ao horário normal dia-noite e implicam o trabalho nocturno. Os indivíduos que enfrentam um maior desafio à sua fisiologia e saúde, são aqueles que não trabalham em horários fixos diurnos ou nocturnos e que têm que se adaptar a mudanças periódicas nas rotações do horário de trabalho (Santos, 2003).

Os ritmos circadianos, como o ciclo do sono-vigília, o ciclo da temperatura corporal, o ciclo do desempenho, do humor e de muitas outras funções psíquicas e biológicas, são

gerados por relógios endógenos sincronizados por ritmos nictemerais como a luz-escuro, as atividades sociais e os comportamentos de actividade-reposo (Dinges, 1989, cit. por Cruz, 2003). Qualquer mudança nesses sincronizadores externos origina alterações nos ritmos circadianos. É o que se verifica com o trabalho por turnos, em que há uma mudança de fase nos comportamentos de actividade-reposo e nas actividades sociais, implicando uma dissociação e diferentes adaptações entre os ritmos (Cruz, 2003).

A química humana é orientada para o sono e para a restauração, durante a noite e para a completa exploração da consciência, durante o dia. Assim sendo, fazer coisas no sentido contrário não é natural, no entanto, milhões de pessoas têm de o fazer, pagando um preço relativamente à sua saúde e segurança (Baker & Baar, 2001).

O esforço que os trabalhadores por turnos realizam para o reajustamento dos ritmos biológicos, começa por provocar queixas de sono insuficiente, de sonolência acrescida, fadiga excessiva, ansiedade, depressão e perturbações do aparelho digestivo (Lefèvre, 1993, cit. por Santos, 2003).

Segundo Waterhouse (1993, cit. por Borralho, 2000) a fadiga crónica e as perturbações de sono muitas vezes são citadas como razões do porquê dos trabalhadores por turnos deixarem o trabalho nocturno.

Ainda segundo Borralho (2000), é importante abordar o tema em questão, pois na opinião de diversos autores, as perturbações originadas por este regime de trabalho podem em última instância levar os trabalhadores a abandonar o seu posto de trabalho.

Tendo por referência a revisão bibliográfica que efectuamos, foi possível verificar que os estudos existentes nesta área são unânimes quanto às possíveis consequências do Trabalho por Turnos, o que nos levou a optar por dividi-las em quatro categorias: as alterações do sono, as perturbações médicas (gastrointestinais e cardiovasculares), as perturbações psicológicas e as perturbações sociais e familiares, situações que passaremos de imediato a descrever.

1.1.1. – Alterações do Sono

As perturbações do sono e de vigília são as mais frequentes entre os trabalhadores que efectuam trabalho por turnos (Sousa, 2004). Segundo Silva (2000) o sono tem sido ao longo do tempo a queixa subjectiva mais frequentemente apontada como perturbadora do bem-estar, por todos aqueles que estão sujeitos ao trabalho nocturno ou por turnos.

Azevedo (1980), Cruz (2003) e Silva (2000) mencionam que é comum ouvirem-se da parte dos trabalhadores relatos de dificuldades para se manterem acordados no turno da noite, principalmente entre as 3 e as 4 da madrugada e dificuldades para dormir durante o dia: sono curto, encurtado, não recuperador. Silva (2000) refere ainda que os trabalhadores por turnos apresentam muitas vezes queixas de sonolência excessiva, sobretudo nos momentos em que estão a trabalhar, o que constitui um sério risco em determinadas tarefas. Entretanto, a queixa que mais valorizam é a insónia. A dificuldade que referem em adormecer ou em manter o sono durante o dia, quando estão no trabalho nocturno, e durante a noite, quando estão nos turnos diurnos, não só é vivenciada como desagradável e problemática pelos trabalhadores como também constitui uma fonte de privação de sono que explica os episódios de sonolência excessiva.

Costa (2004) refere que nos turnos nocturnos em particular, o sono diurno subsequente é perturbado tanto por motivos fisiológicos, já que é difícil adormecer e dormir por um longo período quando o sono começa durante a fase ascendente do ritmo da temperatura corporal. Este facto ocorre em função da temperatura corporal estar em concordância com o tempo de sono do indivíduo. O sujeito deve adormecer quando a curva da temperatura do corpo inicia a sua descida, atingindo o seu pico mais baixo nas primeiras horas da manhã e o ponto mais elevado com o final do dia (Barton, 1994, cit. por Reis, 2004). O sono diurno também sofre influência das condições ambientais desfavoráveis, como a luz e o barulho, ou por compromissos domésticos, como os horários de refeições e o cuidado dos filhos. Consequentemente o sono é mais curto, frequentemente interrompido e alterado na sequência dos seus estádios. Para o autor, nos turnos diurnos, o sono é geralmente reduzido, sendo interrompido pelo despertar muito cedo, causando uma redução significativa no sono REM, que predomina na segunda parte do sono nocturno.

Azevedo (1980) refere que os trabalhadores que continuam a trabalhar por turnos e com longos anos de experiência neste regime de trabalho continuam a experimentar dificuldades em dormir.

Segundo Borralho (2000), é importante reconhecer e não esquecer que concomitantemente com a dessincronização dos ritmos biológicos, nomeadamente do ritmo sono-vigília, existem outros factores que contribuem igualmente na alteração da eficiência do sono, uma vez que vão actuar tanto ao nível da quantidade como da qualidade.

Moreno, Rotenberg, Louzada, Menna-Barreto (2000) consideram que a capacidade dos trabalhadores para dormirem por pequenos períodos de tempo, quer sejam trabalhadores

submetidos a horários regulares ou irregulares de trabalho, não é a mesma para todos. Segundo Moreno, Fischer e Rotenberg (2003) isto ocorre porque existem características individuais que os diferencia.

1.1.2. – Perturbações Médicas

As consequências médicas mais estudadas dizem respeito às perturbações gastrointestinais e mais recentemente, às perturbações cardiovasculares (Costa, 2004).

O trabalho por turnos e noturno interfere com os horários e o conteúdo das refeições, favorecendo assim problemas e distúrbios digestivos. Estes devem-se ao desequilíbrio entre os horários das refeições, à secreção e à motilidade gastrointestinal, bem como a mudanças na qualidade dos alimentos, menos tempo disponível durante as pausas de trabalho, hábito de ‘petiscar’ e às vezes maior ingestão de bebidas com cafeína, álcool e hábitos de fumo (Assis & Moreno, 2004; Azevedo, 1980).

Nos trabalhadores alternados que fazem noites e nos trabalhadores noturnos permanentes abundam as queixas subjectivas de anorexia, indigestão, “dores de estômago”, dispepsia, vômitos ou náuseas, obstipação, diarreia e outros sintomas entéricos (Azevedo, 1980).

A possibilidade de que as queixas gástricas pudessem estar relacionadas com factores vários tais como tipo de alimentação, hábitos alimentares irregulares, fumar e horas de trabalho tem sido estudada e nenhum deles pareceu ter qualquer efeito dominante na

frequência das queixas digestivas entre os trabalhadores por turnos (Debry, 1967, cit. Por Silva, 2000).

Para Vener et al. (1989, cit. por Santos, 2003) o tipo de queixas gastrointestinais mais frequentes entre os trabalhadores por turnos são: dores de estômago, dispepsia, azia, vômitos ou náuseas, obstipação, diarreia, flatulência, perda de apetite, dores abdominais e perda de peso. Estas queixas podem evoluir para doenças mais graves como gastrites crônicas, gastroduodenites, úlceras pépticas e colites.

O trabalho por turnos pode ser um factor de risco nas doenças cardiovasculares, principalmente para a Doença Cardíaca Coronária. Pode ser causada por uma activação neurovegetativa, com o aumento de hormonas de stress e consequentes efeitos na pressão sanguínea, ritmo cardíaco, processos trombóticos e metabolismo dos lípidos e glucose, levando indirectamente a uma diminuição das condições de vida dos trabalhadores (Costa & Pokorski, 2000). Estes autores referem ainda que deve ser salientado o facto de haver muitos factores que têm um papel de mediadores ou modificadores no surgimento destas problemáticas, como por exemplo, a idade, ser fumador, a dieta, entre outros.

A hipótese de um elo entre as doenças cardiovasculares e o trabalho nocturno e por turnos é suficientemente forte para que se dê uma séria atenção a este sistema de trabalho como factor causal para este grupo de doenças (Theorell, 1992).

1.1.3. - Perturbações Psicológicas

O trabalho por turnos acarreta, como se tem vindo a salientar, uma série de perturbações nos seres humanos. Certas áreas do funcionamento psicológico do indivíduo são afectadas e têm graves consequências na saúde mental (Cruz, 2003).

Os factores psicossociais, no trabalho consistem na interacção entre o trabalho, o meio ambiente, a satisfação no trabalho e as condições da sua organização por um lado, e por outro, as capacidades do trabalhador, as suas necessidades, a sua cultura e a sua situação pessoal fora do trabalho (Borrvalho, 2000).

As alterações psicológicas são essencialmente resultado das perturbações do sono, devido à diminuição do número de horas de repouso. Assim a restauração das actividades mentais fica reduzida e provoca cansaço mental e nervosismo, sendo este cansaço mais atribuído ao trabalho nocturno do que ao carácter rotativo do turno (Cruz, 2003).

Os principais indicadores de distúrbios nas funções psicológicas percebem-se através das atitudes negativas que se evidenciam: irritação, preocupação, tensão e depressão (Borrvalho, 2000).

1.1.4. – Perturbações Sociais e Familiares

Segundo Escriba-Aguir (1992) o trabalho por turnos afecta negativamente a vida familiar e social dos trabalhadores. O indivíduo sujeito ao trabalho por turnos, trabalha quando os outros estão a dormir e dorme quando os outros estão acordados, trabalha no fim-de-semana e tem folga quando os outros estão a trabalhar. Esta realidade condiciona a sua

pertença a grupos de actividades organizadas, como grupos políticos, cívicos e desportivos, e contribuindo para a perturbação das relações sociais com amigos (Azevedo, 1980).

Por outro lado, o trabalho por turnos pode ser considerado como positivo, isto porque ao permitir uma maior flexibilidade nas horas do dia, pode facilitar, por exemplo, o acesso a serviços públicos, consultas médicas, compras, disponibilidade para o cuidado de crianças ou idosos a cargo, principalmente se o outro cônjuge trabalha noutra sistema de turnos (Rosa et al., 1990, cit. por Santos, 2003).

1.2. Factores Preditores da Tolerância ao Trabalho por Turnos

A avaliação de trabalhadores nocturnos e por turnos rotativos que não toleram o trabalho nocturno, mediante sinais clínicos de intolerância, têm revelado a existência de eventuais factores que predizem o grau de tolerância ao trabalho por turnos (Silva, 2000). Os factores reconhecidos são: o Sistema de Rotação de Turnos, a Idade e os Anos de Experiência, o Sexo, a Ritmicidade Circadiana e os Aspectos do Cronótipo (Cruz, 2003). Fischer (2004a) considera ainda as Características de Personalidade.

1.2.1. – O Sistema de Rotação dos Turnos

O sistema de rotação por turnos é um factor externo (situacional), que tem sido considerado como preditor de grande importância na determinação da tolerância ao trabalho por turnos, tendo alguns autores chegado a referir que a intervenção a este nível pode ser uma forma bastante efectiva de reduzir os problemas experienciados pelos trabalhadores por turnos (Comperatore & Krueger, 1990; Folkard, 1992; Knauth, 2004).

Segundo Gartner, Horwein e Janke (2004) as empresas têm tido uma frequente preocupação na elaboração de modelos e esquemas de trabalho adaptados tanto aos interesses das mesmas, como às necessidades dos trabalhadores.

Segundo Minors e Whaterhouse (1981) os sistemas de rotação podem-se distinguir em termos de:

- ✓ Número de horas de trabalho (duração do turno);
- ✓ Segmento do nictómero em que ocorre o trabalho;
- ✓ Rapidez da rotação.

Os mesmos autores referem ainda que relativamente à duração dos turnos, estes podem ser de 8 horas, sendo os mais comuns, de 12 horas, ou de duração irregular. Relativamente à localização nictemeral, os regimes mais frequentes são: o regime de 3 turnos rotativos de 8 horas (Manhã, Tarde e Noite) e o regime de 2 turnos rotativos de 12 horas (Dia e Noite). No que diz respeito à rapidez de rotação, os turnos podem ser de rotação rápida (1-2 dias), de rotação lenta (semanal ou quinzenal), de rotação irregular e turnos permanentes e sem rotação (turnos fixos) (Minors e Whaterhouse, 1981).

A principal diferença entre os sistemas de rotação rápida e de rotação lenta é que, nesta última, a adaptação é pelo menos parcial e está associada a alguma alteração dos ritmos circadianos, sendo encorajada a actividade nocturna e o sono diurno, enquanto na primeira, a adaptação é menor, resultando em pouca alteração na fase dos ritmos, mantendo-se mais uma orientação diurna (Santos, 2003).

Os sistemas de rotação rápida com 2 dias de folga após um turno da noite, se por um lado, têm a vantagem de não produzirem alterações na amplitude do ritmo da temperatura (um dos ritmos fundamentais no que diz respeito à adaptação aos turnos), o que constitui um factor de bom prognóstico, por outro lado têm diversas desvantagens, nomeadamente a disrupção dos ritmos sociais semanais (Kecklund & Akerstedt, 1994, cit. por Borralho, 2000).

Segundo Folkard (1992, cit. por Santos, 2003) ainda não são claros os benefícios de se favorecer, no trabalhador por turnos, o ajustamento dos ritmos circadianos ao turno da noite ou de se favorecer a manutenção das fases com uma orientação diurna.

Harma (1993) refere que a vantagem/desvantagem dos sistemas de rotação dependem em grande parte das características pessoais, sendo um exemplo o Neuroticismo, e das características cronofisiológicas, como a amplitude da temperatura. A idade, o sexo, o estado de saúde, o número de crianças ao cuidado e a experiência prévia com o Trabalho por Turnos, são outros exemplos a considerar como preditores da intolerância a este regime laboral.

1.2.2. – A Idade e os Anos de Experiência

Segundo Santos (2003), o envelhecimento está relacionado com uma diminuição da resposta de ajustamento circadiano em situações de modificações de *Zeitgebers*, implicando uma crescente rigidez dos relógios e uma conseqüente diminuição da tolerância ao trabalho por turnos, até mesmo em indivíduos que anteriormente não apresentavam queixas. Embora não sejam ainda conhecidas todas as razões para o acontecimento deste fenómeno, é sabido porém, que o avanço da idade induz mudanças tanto no ciclo sono-vigília, como na organização temporal circadiana.

O processo de envelhecimento não é apenas morfológico e fisiológico, é também temporal, no sentido em que envolve modificações progressivas dos sistemas de temporização dos processos orgânicos. Trata-se de modificações cronobiológicas que acarretam alterações no desempenho e também na percepção da capacidade para o trabalho, uma vez que a dessincronização interna dos diversos ritmos biológicos está associada à fadiga crónica e a sintomas ansiosos e depressivos (Silva, 2000).

1.2.3. – Sexo

Bruschini (1990, cit. por Rotenberg, 2004a) refere que ao se analisarem as condições de trabalho como fonte de impactos à saúde, deve-se reconhecer o papel das mulheres em relação às atribuições domésticas, um papel que se vem alterando pouco apesar da crescente participação feminina na força de trabalho.

Os estudos acerca das diferenças de género na ritmicidade circadiana e no ajustamento ao Trabalho por Turnos são escassos e inconclusivos (Santos, 2003).

Harma (1995), afirma que os estudos sobre o impacto do trabalho por turnos e nocturno revelam que a influência do género na tolerância ao Trabalho por Turnos actua mais através de vias sociais do que de vias biológicas.

As diferenças entre homens e mulheres quanto à adaptação ao trabalho por turnos têm sido atribuídas a desigualdades no papel socialmente atribuído a homens e mulheres e não a diferenças do cunho biológico (Rotenberg, 2004).

As recomendações relativas à prevenção de efeitos do Trabalho por Turnos apontam no sentido de que devem ser tidas em conta as diferenças sexuais no sistema circadiano, em conjunto com outros factores (Harma, 1993).

No que respeita à capacidade para lidar com o trabalho por turnos, se por um lado existem investigações que sugerem não existir diferenças significativas entre homens e mulheres trabalhadores por turnos, relativamente a variáveis biológicas medidas e a problemas de saúde, por outro lado, existem estudos que sugerem que as mulheres têm duas vezes mais probabilidade de face a uma redução no sono, de ficarem mais zangadas e irritadas, sendo estas diferenças, provavelmente, mais relacionadas com as diferenças nos papéis e pressões sociais e familiares, do que a diferenças biológicas (Barton, Spelten, Totterdell, Sminth, Folkard & Costa, 1995; Rotenberg, Portela, Marcondes, Moreno & Nascimento, 2001).

Outros autores referem que as exigências do trabalho doméstico reduzem às mulheres a disponibilidade de tempo para o sono (Rotenberg et al., 2001; Marcondes, Rotenberg, Portela & Moreno, 2003).

Dependendo da organização local relativa à prestação de cuidados infantis, há estudos que indicam que as mulheres com filhos pequenos poderão apresentar mais fadiga e perturbação do sono, do que as mulheres que não tenham filhos (Harma, 1993).

Não é ainda possível afirmar qual dos sexos tolera melhor o trabalho por turnos, pois as diferenças de género podem reflectir características psicológicas, biológicas e também psicossociais (Santos, 2003).

1.2.4. – Ritmicidade Circadiana

A amplitude dos ritmos circadianos é um factor de elevada importância na estimativa do grau de tolerância ao trabalho por turnos (Cruz, 2003).

Folkard et al. (1985, cit. por Silva, 2000), sugerem que quanto maior for a amplitude de um ritmo circadiano, maior será a tolerância ao trabalho por turnos, provavelmente devido ao facto do ajustamento dos ritmos circadianos variar na razão inversa da amplitude.

Relativamente à posição da fase circadiana dos ritmos biológicos e o seu ajustamento durante o período de trabalho à noite, esta parece estar relacionada com algumas características da Personalidade e do comportamento.

1.2.5. - Aspectos do Cronótipo

Silva (2000) considera Cronótipo como o padrão individual de distribuição de parâmetros circadianos no nictómero, como por exemplo a localização nictemeral das acrofases (tipo diurno) e a facilidade em variar (grau de estabilidade) os horários dos comportamentos de actividade-reposo (tipo circadiano).

Segundo Martins, Azevedo e Silva (1996) o Cronótipo possui 2 dimensões: o ‘Tipo Circadiano’ e o ‘Tipo Diurno’. O Tipo Circadiano diz respeito à maior ou menor facilidade em variar os horários dos comportamentos actividade-reposo e o Tipo Diurno traduz a localização nictemeral dos picos máximos (acrofase) de uma determinada função biológica ou psicológica. Relativamente ao Tipo Diurno, se as acrofases dos ritmos ocorrem cedo, o indivíduo é matinal; se ocorrem para o fim do dia, o indivíduo é noctívago.

1.2.6. - Características da Personalidade

Gouveia (1982) fez referência à definição de Personalidade de Eysenck, conceptualizando-a como uma organização relativamente estável e persistente do temperamento e carácter, intelectual e física, que permite ao indivíduo uma adaptação única ao seu meio. Segundo este autor, e baseando-se no substrato biológico da base da Personalidade, Eysenck classificou os indivíduos em duas dimensões designadas por Neuroticismo e Extroversão.

O Neuroticismo encontra-se relacionado com o feedback que se estabelece entre o SL e o SRA do SNA, revelando-se responsável pela labilidade emocional. Assim o Neuroticismo refere-se à hiper-actividade emocional e tendência para o desequilíbrio neurótico sob stress, isto é, uma tendência inata para responder com o SNA, mais rápida e intensamente, a estímulos fortes, dolorosos e súbitos, incidindo sobre os órgãos dos sentidos. Indivíduos com baixo Neuroticismo apresentam maior estabilidade neurovegetativa (Azevedo, 1980; Gouveia, 1982).

A Extroversão está relacionada com outro sistema de feedback, que é estabelecido entre o SRA e as áreas corticais, mostrando-se responsável pela regulação da activação cortical e dos processos de informação (Gouveia, 1982).

Estas dimensões da Personalidade parecem mostrar-se influentes no Trabalho por Turnos, influenciando o ajustamento circadiano e a tolerância a este sistema de trabalho, embora existam resultados contraditórios, tem-se criado um mito acerca do tipo de pessoa que prefere o Trabalho por Turnos, mais baseado em opiniões, do que em factos (Azevedo, 1980; Fischer, 2004a).

Nachreiner (1975, cit. por Borralho, 2000) afirmou que a Introversão/Extroversão são factores indicadores como preditores nas diferenças de adaptação ao Trabalho por Turnos, existindo evidências de que os indivíduos introvertidos possuem uma maior tendência a demonstrarem uma insatisfação com os turnos e pedir transferência para o trabalho diurno.

Em suma, as diferenças individuais na susceptibilidade e tolerância ao Trabalho por Turnos e nocturno são influenciadas em cada pessoa por factores externos e internos, e modificam a resposta à tolerância a este sistema de trabalho (Harma, 1993).

Fischer (2004a) dá uma maior ênfase aos factores internos na tolerância ao trabalho, referindo que os mesmos são: a idade, o sexo, o estado de saúde do trabalhador, a aptidão física, a preferência e a flexibilidade nos hábitos de sono, permitindo um melhor repouso e maior vigilância em horários não diurnos, algumas características da Personalidade como o Neuroticismo, Introversão e a Extroversão, as características do sistema circadiano, tais como hábitos e preferências de actividades realizadas principalmente de manhã ou à tarde, Matutividade/Vespertividade, reactividade psicofisiológica e respostas aos estímulos externos. Relativamente a esta última, importa principalmente a magnitude da dessincronização interna dos ritmos biológicos quando a pessoa é submetida a horários de repouso não coincidentes com o período nocturno.

2. Personalidade

Definir Personalidade constitui uma tarefa que se reveste de grande complexidade, na medida em que o seu estudo implica, não só o estudo do indivíduo como um todo, como também, aquilo que o torna único e o distingue dos seus congéneres (Botelho, 1999; Patrão & Leal, 2004).

Existem inúmeras definições de Personalidade e praticamente todos os grandes psicólogos que a estudaram propuseram uma, sendo que estas definições estão em relação directa com a escolha dos métodos e dos pontos de vista do autor. Contudo, a maioria dos autores têm como base as mesmas ideias, nomeadamente, a consistência, a causalidade interna e o carácter distintivo (Hansenne, 2004).

É através da análise desta diversidade imensa de teorizações e metodologias da Personalidade, que na década de noventa Cervone (1991) e Palenzuela e Barros (1993) chamam à atenção para a existência de duas correntes no seio da Psicologia da Personalidade. Uma que tem vindo a desenvolver abordagens baseadas nos traços e outra, abordagens centradas nos processos cognitivos.

Defendendo a natureza estável da Personalidade, as abordagens suportadas nos traços comuns procuram um conjunto ideal de traços que permitam descrever a estrutura da Personalidade e justificar a sua consistência. Por outro lado, as abordagens cognitivas ao centrarem-se no funcionamento da Personalidade tentam compreender a maneira ou formas de o sujeito interpretar o real e lhe dar sentido, assim como de se organizar e orientar o seu comportamento. Ambas estudam a Personalidade para poderem dar conta, de maneira

objectiva e científica, da originalidade e das diferenças sistemáticas e estáveis que se observam nos indivíduos (Botelho, 1999).

Ainda segundo a mesma autora, perante a heterogeneidade com que a Psicologia da Personalidade se foi caracterizando e desenvolvendo, tornou-se ainda mais complexo a partir dos anos noventa, para os seus estudiosos, apresentarem uma definição de Personalidade credível e que reunisse aceitação universal.

Segundo Hall, Lindzey e Campbell (2000) é notável a multiplicidade de teorias da Personalidade. A confusão aumenta quando é dito que é impossível afirmar qual teoria está certa ou é melhor do que as outras. Essa incerteza é tipicamente atribuída à qualidade recente do campo e à dificuldade do assunto. Consideram a existência de quatro grupos de teorias da Personalidade, sendo que as teorias de cada grupo compartilham certas características. As teorias consideradas são: as Psicodinâmicas, as Experienciais, as da Aprendizagem e as Estruturais.

Segundo a perspectiva Psicodinâmica, a Personalidade é um conjunto de forças internas concorrentes e perpetuamente em conflito. A natureza humana é vista como resultante de conflitos internos entre as diferentes forças, que são o Eu, o Id e o Supereu. Esta perspectiva é, provavelmente, a mais restrita, pois é representada apenas, por uma só e mesma pessoa: Freud. A perspectiva frequentemente designada por neo-analítica não constitui verdadeiramente uma perspectiva específica, visto que as teorias que a ela se encontram ligadas derivam todas da Psicanálise, daí a denominação neo-analítica (Hansenne, 2004).

De acordo com o mesmo autor, o aspecto central que caracteriza estas teorias é o estatuto importante atribuído ao Eu, no que se refere ao seu desenvolvimento, bem como à influência da cultura. As teorias em questão rejeitam maioritariamente os dogmas da Psicanálise, como a universalidade do complexo de Édipo e a preponderância da sexualidade.

Nas teorias Experienciais podem-se reconhecer dois teóricos, George Kelly e Carl Rogers. A característica comum nesta teoria é a questão central, relacionada com a forma como o indivíduo usa a sua experiência para construir ou interpretar a realidade à qual ele vai responder (Hall et al., 2000).

Hall et al. (2000) referem que os teóricos das teorias da Aprendizagem se distinguem entre si pela ênfase no papel central desempenhado pela aprendizagem na aquisição das características de comportamento. Eles diferem claramente na sua articulação dos princípios que governam a aprendizagem. Skinner estabelece uma vigorosa descrição do condicionamento instrumental, segundo o qual, o comportamento é seleccionado e mantido pelas suas consequências. A essência do modelo de Skinner é a sua especificação dos parâmetros que governam a operação de reforço. Dollard e Miller explicam a aprendizagem através do estímulo-resposta. Neste processo, reconceptualizam vários aspectos importantes do modelo psicodinâmico de Freud.

Ainda neste modelo, e de acordo com os autores, pode-se incluir Bandura, que articula um modelo de aprendizagem cognitivo e social em que a aprendizagem pela observação é o principal meio pelo qual as pessoas desenvolvem os seus repertórios comportamentais. Grande parte do relato de Bandura baseia-se na suposição de que o comportamento humano é guiado pelas consequências antecipadas pelo indivíduo (Hall et al., 2000).

Os teóricos da Personalidade do grupo Estruturalista compartilham uma preocupação central com a estrutura da Personalidade. A dinâmica e o desenvolvimento também recebem atenção, mas a característica definidora dos membros desse grupo de teorias é a procura de uma taxionomia – um conjunto sistemático de características que possa ser usado para resumir a Personalidade de um indivíduo. Raymond Cattell foi explícito na sua tentativa de desenvolver uma tabela periódica de elementos da Personalidade. Henry Murray utilizou uma analogia química, procurando uma estrutura conceptual para as características pessoais e forças situacionais que permitisse aos psicólogos formular compostos comportamentais (Hall et al., 2000).

Segundo estes autores, Hans Eysenck desenvolveu um modelo mais generalizado da Personalidade, mas o seu foco continua claramente nas tendências comportamentais conceptualizadas, que permitem prever reacções a várias situações de estímulo. Segundo Gaspar (1996), Eysenck inaugura uma era de estudo da Personalidade, onde esta passou a ser vista como algo que os seres humanos desenvolvem ao longo de alguns vectores definidos e certamente limitados em número. Começou assim a procurar-se uma teoria da Personalidade (Hall et al., 2000).

Gordon Allport foi o único na sua tentativa de captar a Personalidade e a história de vida psicológica do indivíduo, estando a sua abordagem baseada na identificação da estrutura de Personalidade do sujeito (Hall et al., 2000).

Eysenck (1947) desenvolveu um modelo estrutural de Personalidade, com base em procedimentos estatísticos e no conceito de Traço, segundo o qual a pessoa pode ser classificada de acordo com duas dimensões: a dimensão Neuroticismo/Estabilidade e a

dimensão Extroversão/Introversão. Estas dimensões são vulgarmente referidas pelas suas primeiras designações: Neuroticismo e Extroversão, respectivamente.

Este autor definiu também os termos Tipo e Traço, sendo que Tipo é um grupo de traços correlacionados e Traço é um grupo de actos correlacionados do comportamento ou tendência para a acção (Eysenck, 1947).

Tendo em conta estes aspectos, Eysenck (1970) definiu Personalidade como a organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto e físico do indivíduo, que permite o seu ajustamento único ao ambiente que o rodeia. Em 1971, o mesmo autor, referia a personalidade como sendo um somatório do que o individuo se mostra diante do outro, além de um somatório de qualidades pessoais. Nesta perspectiva estão então combinados factores pessoais internos e externos que, somados, implicaram em formas de conduta observáveis. Por outro lado, actos e disposições da personalidade estariam organizados conforme uma hierarquia quanto à abrangência e nível de importância, onde num ápice da hierarquia estariam dispostos os tipos, que seriam definidos como um conjunto de traços que estariam de algum modo sistematizados em torno duma estrutura (Dantas, 2006).

Eysenck (1990) refere que a dimensão Neuroticismo/Estabilidade está relacionada com o Sistema Nervoso Autónomo (SNA) e com o Sistema Límbico (SL). Os indivíduos instáveis reagem mais rapidamente às estimulações novas, dolorosas e perturbadoras do que as outras pessoas. Para além disso, a extinção de comportamentos é mais lenta neste tipo de sujeitos. A actividade do SL e o eixo hipotálamo-hipofisico-supra-renal explicaria as diferenças para esta dimensão.

Ainda para este autor, a dimensão Extroversão/Introversão está em relação com o Sistema Reticular Activador (SRA), que determina o nível de despertar cortical. Os indivíduos introvertidos não procuram o contacto com os outros, nem as estimulações externas, pois apresentam um despertar cortical elevado. Em contrapartida, os sujeitos extrovertidos procuram as estimulações externas porque o seu despertar é fraco.

McAdams (1995) reflectindo sobre os anos de investigação em torno do conceito traço, apresenta razões pelas quais este conceito superou as críticas situacionistas e emergiu como um modo de descrição da personalidade.

Para este autor, os traços são mais do que meras conveniências linguísticas, pois as atribuições que decorrem dos traços reflectem diferenças reais no comportamento e na personalidade dos sujeitos que estão a ser avaliados.

Muitos traços revelam uma notável consistência longitudinal, uma vez que os estudos longitudinais dos anos 80 demonstraram que as diferenças individuais em muitos traços se mantêm estáveis ao longo de períodos de tempo consideráveis.

A agragação indica que os traços são bons preditores do comportamento do sujeito, ou seja, verifica-se a existência de uma forte correlação entre as diferenças individuais e o comportamento teoricamente relacionado.

Os efeitos das situações não apresentam maior preponderância que os efeitos dos traços. O autor baseia-se em investigações que comprovam que a situação é somente responsável por 15% da variabilidade do comportamento.

3. Concepção de Saúde

Sabe-se hoje que a noção de saúde, aparentemente simples se refere de facto a fenómenos complexos que conjugam factores biológicos, sociológicos, económicos, ambientais e culturais. A complexidade do objecto, assim definido, transparece na multiplicidade de discursos sobre a saúde que coexistem actualmente, cada um privilegiando diferentes factores e sugerindo estratégias de intervenção e de pesquisa também diversas. Dependerá então de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas e filosóficas (Scliar 2007).

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceptualizar a saúde é reconhecida desde a Grécia Antiga. A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente. Também se verifica uma certa cultura de doença, que tem restringido o interesse e os investimentos de pesquisa a um tratamento teórico e empírico da questão da saúde como uma mera ausência de doença (Coelho & Filho, 2002).

Os gregos faziam o culto a vários deuses, a Asclepius, que era a divindade da medicina, a Higiéia a quem correspondia a saúde e a Panaceia a cura. Esta visão religiosa antecipa a entrada em cena de um importante personagem: o pai da medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.). Pouco se sabe sobre a sua vida, poderia ser uma figura imaginária, como tantas na Antiguidade, mas há referências à sua existência em textos de Platão, Sócrates e Aristóteles. Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: a bÍlis amarela, a bÍlis negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio

desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado (Scliar 2007).

René Descartes, no século XVII, influenciado pelo desenvolvimento da mecânica, postulou um dualismo mente-corpo, o corpo funcionando como uma máquina. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da anatomia, também uma consequência da modernidade, afastou a concepção humoral da doença e saúde, que passou a ser localizada nos órgãos. No famoso conceito de François Xavier Bichat (1771-1802), saúde seria o silêncio dos órgãos.

Pelo avanço da ciência, no século XIX, ocorreu a chamada revolução pasteuriana. No laboratório de Louis Pasteur, a descoberta do microscópio revelava a existência de microrganismos causadores de doenças e permitia a introdução de soros e vacinas. Seria uma revolução porque, pela primeira vez, se conseguiam identificar os factores etiológicos das doenças, que poderiam agora ser prevenidas e curadas. Nesta época, nascia igualmente a epidemiologia, baseada no estudo pioneiro da cólera em Londres. Pela contabilização destes doentes, surgiu a estatística, a ciência que emergia do movimento que pretendia expressar de igual modo a saúde do corpo social. Este modelo inspirou ingleses e franceses que procuraram analisar as condições de saúde dos seus países (Scliar 2007).

É então no Reino Unido, país onde o desenvolvimento industrial, urbano e do proletariado foi mais rápido e marcante que surge uma nova concepção de saúde, denominada de medicina social. É também uma das expressões do desenvolvimento científico e do aumento pelas preocupações humanitárias e sociais, onde se procurou estudar as relações entre a pobreza e as doenças nas comunidades trabalhadoras, percebendo-se uma relação muito forte entre estas variáveis (Trigo, 2000).

As profundas transformações de ordem político-económico-social e técnico-científica permitiram não só uma melhoria nas condições gerais de saúde individual e populacional, como também um controlo das doenças infecto-contagiosas e parasitárias, assumindo a morbilidade e a mortalidade novos contornos (Ferreira, 1989, cit. por Trigo, 2000).

Esta evolução originou uma mudança na atenção dada às doenças, centrando-se as atenções a partir de então nos temas da saúde, como a consolidação dos sistemas de cuidados primários e na garantia de qualidade na assistência prestada. É desta forma que surge a concepção do homem como um ser bio-psico-social. Passou-se a associar o funcionamento humano aos estilos de vida e a promover-se a manutenção de comportamentos saudáveis, estudando-se os factores de risco para múltiplas doenças, no sentido de as prevenir (Matos, 2004).

Lalonde (1974, cit. por Matos, 2004), no seu relatório sobre a saúde dos canadianos, fala da poluição ambiente, da vida citadina com stress familiar e laboral e com o anonimato social, com os hábitos de sedentarismo, com anedonia, com abuso de álcool, tabaco e drogas e mudança nos padrões alimentares. Alerta ainda, para a necessidade de uma revisão da distribuição de prioridades e fundos a nível da organização dos serviços de saúde. Defende ainda que os técnicos de saúde não podem continuar a perder tempo e custos a tratar doenças causadas por condições adversas, que resultam da evolução económica, que acarretam custos a nível do ambiente e do risco comportamental.

O relatório Richmond é o resultado da preocupação crescente, sobre as despesas no sector da saúde, um conjunto de investigações elaborado por peritos da saúde, com vista a diminuir os encargos nesta área (Trigo, 2000).

É neste espírito que a OMS define a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. A OMS e a XXX Assembleia Mundial de Saúde vêm desta forma reafirmar estes princípios através da Declaração de Alma-Ata, ao definir um conjunto de 38 metas da saúde para todos até ao ano 2000 (OMS, 1985, cit. por Trigo, 2000). Resultando de uma reacção contra a visão hospitalocêntrica, medicalizada e superespecializada, estas metas da saúde foram estabelecidas enfatizando a importância das estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde a partir de uma total reorganização dos sistemas de saúde. A nova concepção deverá assentar nos cuidados primários de saúde, bem como num profundo envolvimento e responsabilização das pessoas, famílias e comunidades (OMS, 1985, cit. por Trigo, 2000).

Mahler tem a mesma perspectiva, este refere que a saúde não é um bem que possa distribuir-se às pessoas, mas algo que tem de ser construído por elas a partir de si próprias. Na mesma aceção, Kickbush afirma que a saúde corresponde a um projecto social ligado a responsabilidades políticas e não a um empreendimento exclusivamente médico (Trigo, 2000).

4. Comportamentos de Saúde

Antes do avanços ocorridos no Século XX, a maioria das doenças mortais eram as infecciosas. O aparecimento de medicamentos como os antibióticos e vacinas, bem como o tremendo avanço na área das tecnologias, vieram pôr um travão à mortalidade devido a estas doenças. Porém, a consequência foi o aumento da longevidade e, com ela, as doenças crónicas tornaram-se a maior preocupação. Doenças cardiovasculares e vários tipos de cancro são, neste momento, as principais causas de morte no mundo ocidental.

Cerca de 99% das pessoas nascem saudáveis, mas tornam-se doentes devido a uma serie de comportamentos inadequados ou devido a condicionalismos ambientais. Este facto trouxe a aplicação dos princípios psicológicos para a frente de batalha contra as doenças.

Vivendo mais tempo, é a maneira como as pessoas se exprimem que condiciona a sua saúde e a sua doença. Gerir os comportamentos será a chave para prevenir a doença. Esta gestão passa pela devolução às pessoas do poder de decisão, por um comportamento preventivo, com base na informação que lhes foi veiculada pelas campanhas de promoção de saúde.

Antonovsky (1979, cit. por Matarazzo, 1984), concentrou-se de forma inovadora na temática da saúde, uma vez que referiu não a minoria, mas sim a maioria das pessoas vivas, as que estão saudáveis e não doentes, afirmando que a investigação se deve centrar nos que estão saudáveis, para se compreender porque tantos sujeitos conseguem permanecer saudáveis, apesar da presença de agentes patogénicos no corpo e ambiente. Preconizou desta forma, a abordagem das diferenças individuais ao nível da origem da saúde e não da origem da doença.

Na concepção de Conner e Norman (1996, cit. por Gonzalez, 2003), o estudo dos comportamentos de saúde é baseado na assumpção de que, nos países industrializados, uma proporção substancial da mortalidade é devida a padrões comportamentais particulares e, que estes padrões comportamentais são modificáveis. A identificação dos factores que estão na base de tais comportamentos de saúde tornou-se o foco de grande quantidade de investigação, motivada por dois factores principais: em primeiro lugar, o desejo de desenhar intervenções que aumentem a prevalência de tais comportamentos, produzindo melhoramentos na saúde dos indivíduos e populações e, em segundo lugar, o desejo de alcançar uma compreensão mais abrangente das razões pelas quais os indivíduos realizam uma variedade de comportamentos.

Os comportamentos de saúde nos quais os estudos se têm focado, têm sido muito variados, indo desde comportamentos de melhoria de saúde, como o exercício físico e alimentação saudável, a comportamentos protectores de saúde, como o fazer exames clínicos, vacinação e uso de preservativo, ao evitamento de comportamentos prejudiciais à saúde, como o fumar e o consumo excessivo de álcool e, comportamentos no âmbito da doença, como a adesão a regimes médicos. Um aspecto unificante, no que respeita a estes comportamentos, tem sido a constatação dos efeitos imediatos e de longo prazo na saúde do indivíduo e o facto de estarem, pelo menos parcialmente, sob o controlo do indivíduo (Gonzalez, 2003).

Desde há muito que os investigadores notaram que os comportamentos para a saúde diferem significativamente na sua complexidade entre grupos sociais. Determinantes sociais e demográficos, como o estatuto sócio-económico ou o género sexual, devem ser tidos em conta. A par com o apoio social que o indivíduo tenha, talvez o determinante mais importante

seja o simples acesso regular a um médico. Se houver este acesso, é mais provável que o indivíduo adote comportamentos preventivos (Bishop, 1994).

A par com os determinantes sociais, existem os determinantes situacionais. De facto, o comportamento para a saúde pode ser influenciado pela pressão dos pares ou se provier de uma família onde determinado hábito seja aceitável.

Outro dos grandes determinantes de saúde tem a ver com a percepção de sintomas. A saúde de uma pessoa é muitas vezes influenciada pela maneira como essa pessoa se considera ou como se sente após certas actividades físicas. Quando um fumador se apercebe que tosse demasiado, pode pensar em mudar os seus hábitos tabágicos, por exemplo, como tentativa de reduzir o risco percebido.

Por outro lado, os determinantes psicológicos têm muita importância na medida em que os comportamentos para a saúde podem ser condicionados pelas cognições e pelas emoções de uma pessoa. Por exemplo, o facto de fumar está muito relacionado com a ansiedade ou com o aborrecimento (Laventhal, 1985, cit. por Bishop, 1994). Este autor chegou ainda à conclusão que os indivíduos com maiores níveis de stress emocional tinham muito menos probabilidade de adoptar comportamentos saudáveis, tais como, o tomar o pequeno-almoço, fazer exercício físico e não fumar do que aqueles sujeitos com menores níveis de stress.

Outros autores (Laventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Laventhal, Nerenz & Steele, 1984, cit. por Bishop, 1994) documentam as maneiras como o senso comum nas representações de doença influencia o comportamento das pessoas. Em resposta a várias ameaças potenciais, elas usam modelos cognitivos que têm para diferentes doenças, modelos que podem ou não

corresponder à compreensão médica da doença. A importância deste ponto reside no potencial preventivo da saúde. Se uma mulher heterossexual acha que a Sida é uma doença de homens homossexuais, provavelmente não estará preocupada em ter sexo protegido.

Um dos aspectos importantíssimos na motivação das pessoas para adoptarem práticas de saúde positivas tem a ver com a vulnerabilidade percebida. De um modo geral, uma pessoa que se ache vulnerável em relação a determinada doença tomará medidas preventivas contra essa mesma doença (Bishop, 1994).

De acordo com os determinantes colocados em questão, assistiu-se ao desenvolvimento de várias teorias para explicar o comportamento das pessoas e também para ajudar as pessoas a adoptarem hábitos de saúde positivos.

4.1. Promoção de Saúde

A saúde é um recurso para o dia-a-dia. É um conceito positivo enfatizando os meios sociais e pessoais como as capacidades físicas. Assim, a saúde é considerada como um direito humano fundamental e, conseqüentemente, todas as pessoas devem ter acesso aos meios básicos de saúde. Uma ampla compreensão de saúde requer que todos os sistemas e estruturas que dirigem as condições sociais e económicas e o desenvolvimento físico, devam ter em conta as implicações das suas actividades, em relação ao seu impacto na saúde e bem-estar individual e colectivo.

De acordo com o conceito de saúde como um direito humano fundamental, a Carta de Ottawa (OMS, 1986) enfatiza alguns pré-requisitos para a saúde que incluem a paz, meios económicos adequados, alimentação e alojamento, um ecossistema estável e uso de meios sustentáveis. O reconhecimento destes pré-requisitos realça as ligações entre as condições sociais e económicas, o envolvimento físico, os estilos de vida individuais e a saúde. Estas ligações fornecem a chave para uma compreensão holística do conceito de saúde, o que é central para a definição de Promoção de Saúde.

A Carta de Ottawa de 1986 reafirma então, a importância da promoção de saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-se como o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo.

A saúde passou a ser construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controlo sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros (Heidmann, Almeida, Eggert, Wosny & Monticelli, 2006).

O movimento da promoção da saúde foi uma resposta a diversos factores, entre os quais a crescente desilusão quanto aos limites da medicina, as pressões para a contenção de custos com os cuidados médicos, e um clima sociopolítico que enfatizava a auto-ajuda e a responsabilidade individual pela saúde. Ao invés da antiga saúde pública, que focalizava as causas individuais das doenças, o novo movimento enfatizava as influências socioambientais nos padrões de saúde (Oliveira, 2005).

A essência da promoção da saúde é a escolha, o que significa que os promotores da saúde devem informar o público quanto às vantagens e desvantagens das várias opções disponíveis ao público e os recursos devem estar disponíveis de forma a realmente possibilitar a opção escolhida. A nova abordagem de saúde pública com a sua ênfase na natureza multidimensional dos problemas relacionados com a saúde, juntamente com o ênfase na promoção da escolha informada, abre o campo da promoção da saúde das populações a diversos tipos de disciplinas e especialistas (Akerman, Mendes & Bogus, 2004).

Se se torna claro que circunstâncias económicas e fenómenos sociais se encontram na base de boa parte dos problemas de saúde que afligem os governos e os indivíduos e que, conseqüentemente, estes não têm sobre a matéria qualquer hipótese de controlo directo, não menos verdade é que cada um pode escolher ou rejeitar estilos de vida e comportamentos claramente associados ao desenvolvimento das chamadas doenças do século.

Segundo o Ministério da Saúde (1997), ao se analisar os grandes problemas da saúde, verifica-se que a maioria deles tem origem em hábitos e estilos de vida próprios e que a sua prevenção ou correção passa pela mudança de atitudes e comportamentos. Na realidade, os hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação disponível, mas também por valores, crenças e atitudes e, pelos diferentes contextos de vida em que os indivíduos se situam, que são mais ou menos facilitadores de determinadas opções. A saúde também se aprende com os amigos, no grupo de pares, através dos meios de comunicação social, nos locais de trabalho e de lazer, em suma, no dia-a-dia e ao longo da vida. Em consequência, percebe-se que os hábitos e estilos de vida nem sempre são o resultado de opções inteiramente livres, conscientes e autónomas, mas antes influenciados pelas pressões e constrangimentos exteriores, de natureza ambiental, social, cultural e económica.

5. Bem-Estar Subjectivo

O Bem-Estar subjectivo é uma área da psicologia que tem crescido muito nos últimos anos, cobrindo estudos que têm utilizado as mais diversas denominações, tais como a felicidade, satisfação, estado de espírito e afecto positivo (Giacomoni, 2004). Em Psicologia da Saúde mais concretamente, este conceito tem despertado a atenção dos investigadores, enquanto elemento crucial da Qualidade de Vida e do Bem-Estar Psicossocial (Simões et al., 2000).

O Bem-Estar subjectivo é uma dimensão positiva da saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo. É um conceito recente, que tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados (Galinha & Ribeiro, 2005).

As principais teorias e modelos explicativos desta dimensão têm vindo a ser apresentados historicamente, em dois grandes blocos opostos, denominados de *bottom-up* e *top-down*. As principais teorias iniciais de bem-estar subjectivo estavam preocupadas em identificar como os factores externos, as situações e as variáveis sócio-demográficas afectavam a felicidade. Estas abordagens, conhecidas como *bottom-up*, mantêm como base o pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou não, destas viabiliza a felicidade. Outros factores associados a essas teorias são as experiências de eventos prazerosos diários estando relacionados ao afecto positivo, assim

como o seu oposto, eventos desprazerosos associados a afectos negativos. Mais ainda, a satisfação e a felicidade resultariam do acúmulo desses momentos específicos, dessas experiências felizes (Diener, Sandvik & Pavot, 1991).

As abordagens *top-down* do bem-estar subjectivo assumem que as pessoas possuem uma predisposição para interpretar as situações, as experiências de vida, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação da vida. A pessoa aproveitaria os prazeres porque é feliz e não vice-versa. Para a perspectiva *top-down*, a interpretação subjectiva dos eventos é que primariamente influencia o bem-estar subjectivo, ao invés das próprias circunstâncias objectivas sugeridas pela abordagem anterior (*bottom-up*) (Rodrigues & Pereira, 2007).

Actualmente, existem algumas teorias que investigam como decorre esse processo de interpretação dos eventos e as suas relações com a avaliação da vida. Três grandes blocos de teorias compõem a área de estudos: as teorias de personalidade e seus diferentes modelos, as chamadas teorias de discrepância e as teorias relativas aos processos de adaptação e *coping* (Rodrigues & Pereira, 2007).

As pesquisas sobre as relações entre a personalidade e o bem-estar subjectivo, e as causas destas relações fornecem informações importantes sobre o bem-estar subjectivo, a sua estrutura e funcionamento (Albuquerque & Lima, 2007). A literatura aponta que os componentes cognitivos e afectivos do bem-estar se apresentam consistentes nas pessoas ao longo do tempo e das situações, correlacionando-se com traços específicos e construtos da personalidade. Além disso, os componentes do bem-estar também se relacionam de forma distinta com os traços: extroversão correlaciona-se com afecto prazeroso de forma moderada;

neuroticismo correlaciona-se com afecto desprazeroso; e as metas pessoais estão mais fortemente relacionadas com o componente cognitivo do bem-estar.

Os estudos demonstraram que a tendência a experienciar emoções fortes ou leves é estável ao longo do tempo. As pessoas são consistentes nos seus padrões de reacção. A intensidade do afecto, portanto, não se correlaciona com os indicadores do bem-estar. A intensidade do afecto, para Diener et al. (1999), reflecte a qualidade, ao invés do nível, do bem-estar subjectivo que uma pessoa experiencia.

Outras abordagens teóricas acreditam que os indivíduos, ao avaliarem suas vidas, comparam-se a vários padrões incluindo outras pessoas, condições passadas, aspirações e níveis ideais de satisfação e necessidades ou metas (Michalos, 1985). O julgamento das satisfações está baseado nas discrepâncias entre as condições actuais reais e esses padrões de comparação. A discrepância que envolve uma comparação superior (quando o padrão é mais elevado) resultará na diminuição da satisfação, enquanto, uma comparação em direcção inferior ocasionará um aumento da satisfação. Os processos de adaptação ou habituação em condições contínuas e a forma como os sujeitos lidam com as situações stressantes (*coping*) são apresentados como componentes centrais nas modernas teorias de bem-estar subjectivo. O processo de adaptação pressupõe um ajuste do organismo às situações (Rodrigues & Pereira, 2007).

6. Problema

6.1. Formulação do Problema

Como foi possível verificar através da revisão da literatura, o trabalho por turnos tem sido alvo de muitos estudos, sobretudo devido às consequências que tem nos indivíduos que laboram neste sistema, a curto e a longo prazo.

De facto, a experiência pessoal dos trabalhadores e a experiência clínica revelam que o trabalho por turnos é um problema laboral, medico, psicológico, familiar e social, que implica também custos elevados (Fischer, 2004a).

As Doenças Não Comunicáveis (DNC) estão a aumentar rapidamente em todo o mundo, tendo sido calculado que, em 2001, as doenças Córdio-Vasculares (DCV), diabetes, obesidade, cancros e doenças respiratórias contribuíram aproximadamente com 60% das 56,5 milhões de mortes reportadas a nível mundial e aproximadamente 46% do peso global de doença. Para o ano de 2020 espera-se que a proporção do peso das DNC aumente para 57% (WHO, 2003).

Nos últimos anos tem sido dada uma atenção especial a certos comportamentos, tais como o consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool, dieta rica em gorduras saturadas e pobre em fibras e inactividade física, uma vez que estes são considerados causas de morbilidade e mortalidade. Tais comportamentos foram associados ao aumento da probabilidade de desenvolver doenças córdio-vasculares e uma variedade de cancros, estabelecendo-se que a sua combinação aumenta, substancialmente, o risco de desenvolver doenças crónicas. De facto, existe uma forte evidência de que alterações nos hábitos

alimentares, na actividade física e no controlo do tabaco podem produzir rápidas alterações nos factores de risco da população e consequente impacte das doenças crónicas na composição do peso de doença (WHO, 2003).

Ao compreender como a saúde e as relações dos trabalhadores podem ser afectadas pelo Trabalho por Turnos, podem-se antecipar potenciais dificuldades e tomar medidas para lidar com elas. É importante reconhecer que há factores externos e internos que vão influenciar a adaptação do trabalhador ao Trabalho por Turnos (Cruz, 2003).

Azevedo (1980) e Fischer (2004a) referem que Neuroticismo e Extroversão são dimensões da Personalidade que parecem mostrar-se influentes no trabalho por turnos, influenciando o ajustamento e a tolerância a este sistema de trabalho, embora existam resultados contraditórios, tem-se criado um mito acerca do tipo de pessoa que prefere o trabalho por turnos, mais baseado em opiniões, do que em factos.

O presente trabalho procura investigar de que forma os traços de Personalidade, como o Neuroticismo e a Extroversão, interagem com a Concepção e os Comportamentos de Saúde, e qual o nível de Bem-Estar Subjectivo numa amostra de trabalhadores por turnos.

Os resultados obtidos irão possibilitar, de uma forma geral, o conhecimento da prevalência de alguns comportamentos de risco e também a percepção de saúde numa pequena parcela da população activa portuguesa e contribuir, de uma forma particular, para o aumento/reforço da sensibilização dessa empresa, para a promoção de acções e actividades que levem os seus trabalhadores a adoptarem estilos de vida que se reflectam positivamente na sua saúde e bem-estar, tendo como princípio que todos os investimentos feitos nesta área, por mais pequenos que sejam, reverterão, num futuro próximo, em ganhos na saúde da população trabalhadora que se repercutirão de forma positiva na produtividade e no bem-estar social.

6.2. Questões de Investigação

Para este estudo foram colocadas as seguintes questões de investigação:

Questão 1 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e a Concepção de Saúde?

Questão 2 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e os Comportamentos de Saúde?

Questão 3 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e o Bem-Estar Subjectivo?

Questão 4 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Questão 5 - Será que existem diferenças nos Traços de Personalidade em função das Variáveis Demográficas Profissionais e de Doença?

Questão 6 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e os Comportamentos de Saúde?

Questão 7 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo?

Questão 8 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Questão 9 - Será que existem diferenças na Concepção de Saúde em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Questão 10 - Será que existem relações entre os Comportamentos de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo?

Questão 11 - Será que existe relação entre os Comportamentos de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Questão 12 - Será que existem diferenças nos Comportamentos de Saúde em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Questão 13 - Será que existem relações entre o Bem-Estar Subjectivo e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Questão 14 - Será que existem diferenças no Bem-Estar Subjectivo em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Importância do Estudo

O objectivo primordial deste estudo é a procura de relações entre as características da Personalidade, a Concepção de Saúde e Comportamentos de Saúde e também o Bem-Estar Subjectivo dos trabalhadores a laborar em regime de turnos.

II - Método

1. Participantes

Participaram neste estudo 132 sujeitos, todos do sexo masculino, tendo os mesmos idades compreendidas entre os 19 e os 62 anos.

A amostra deste estudo foi recolhida numa empresa do sector da Segurança Privada. Os vigilantes que se disponibilizaram para cooperar neste trabalho exercem a sua actividade destacados em clientes da referida empresa na zona da grande Lisboa. Ao nível dos horários de trabalho, foram seleccionados os sujeitos a trabalhar em regime de turnos rotativos.

Para a recolha da amostra, utilizou-se a técnica de amostragem por conveniência, do tipo não probabilística sequencial.

De início era nossa intenção trabalhar a homogeneidade relativamente ao sexo. Esta ideia não passou de intenção, porque o trabalho por turnos em prática nesta empresa, na sua maioria contêm um horário das 00h às 08h, horário que não é feito por mulheres.

1.1. Caracterização da Amostra

Participaram neste estudo 132 sujeitos, a trabalhar em turnos rotativos, tendo idades compreendidas entre os 19 e os 62 anos, cuja média etária é de 35 anos ($M= 35,46$).

Relativamente ao Estado Civil, a distribuição dos sujeitos é apresentada no Quadro 1 :

Quadro 1- Distribuição dos inquiridos por Estado Civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Sem Companheiro	69	52,3
Com Companheiro	63	47,7
Total	132	100

No que respeita ao Estado Civil dos vigilantes que constituíram a amostra, verificou-se que a maioria destes vivia sem companheiro.

2. Material

Segundo Ribeiro (1999) a avaliação psicológica visa a produção de informação para tomada de decisões: decisões de selecção, decisões de monitorização da intervenção, decisões de investigação e decisão de diagnóstico. Assim, a capacidade de diagnóstico supõe que a técnica de avaliação tem uma validade preditiva. As respostas dadas pelos sujeitos nos instrumentos de avaliação podem ser considerados como indícios, uma vez que os testes de avaliação são técnicas concebidas para avaliação de construtos psicológicos.

De forma a atingir os objectivos a que nos propusemos, procedeu-se à elaboração de um protocolo composto por um Questionário Socio-demográfico, Profissional e de Doença, e pelas escalas que considerámos mais adequadas a cada um dos conceitos em estudo, e cujas características serão desenvolvidas em seguida.

2.1. Questionário Demográfico, Profissional e de Doença

Dados Individuais; Contexto do Trabalho, Situação Doméstica, Sistema de Turnos e Satisfação Geral no Trabalho

As primeiras questões que constituem esta secção pretendem avaliar aspectos demográficos, características da família, características do trabalho e experiência profissional. As restantes questões têm como objectivo por um lado, a caracterização do sistema de turnos e por outro lado, a avaliação da satisfação com o trabalho.

Inclui-se nesta secção a escala Satisfação Geral no Trabalho, composta por 5 itens, a qual avalia o grau de satisfação com o trabalho, mas que não se relaciona com o sistema de turnos. A cotação de cada item é de 1-7, correspondendo 1 a ‘discordo completamente’ e 7 a ‘concordo completamente’, sendo os itens (b) e (e) cotados de forma inversa. Determina-se a média a partir da soma dos valores obtidos, sendo que quanto maior for esta, maior será a satisfação geral no trabalho.

Variáveis de Doença;

Estas questões pretendem verificar a existência ou não de doença crónica, a avaliação dos períodos de doença que tenham provocado a ausência ao trabalho no ano anterior e a frequência de visitas ao médico.

Percepção de Saúde e de Qualidade de Vida

Foram acrescentadas duas questões, Como classificaria a sua Saúde na última semana e Como classificaria a sua Qualidade de Vida na última semana, com opções de resposta em formato Lickert, de Péssima (1) a Ótima (7).

2.2. Inventário de Personalidade de Eysenck

O IPE é um inventário de Personalidade criado por Eysenck e Eysenck com o objectivo de medir as dimensões da Personalidade Neuroticismo-Estabilidade Emocional e Extroversão-Introversão. Estas dimensões são consideradas fundamentais dentro de uma classificação tipológica da Personalidade. A fim de facilitar os aspectos descritivos do teste, a dimensão Neuroticismo-Estabilidade Emocional é frequentemente designada apenas por Neuroticismo, enquanto a outra dimensão, Extroversão-Introversão, é exclusivamente denominada por Extroversão (Serra, Ponciano & Freitas, 1980).

O IPE é constituído por 12 itens, do tipo Likert, com quatro alternativas de resposta, que medem as dimensões da Personalidade, Neuroticismo e Extroversão. Os itens 2, 4, 6, 8, 10 e 12 dizem respeito ao Neuroticismo e os itens 1, 3, 5, 7, 9 e 11 à Extroversão. Para cada item são atribuídos valores correspondendo o valor 1 a ‘nunca’ e o valor 4 a ‘sempre’.

Para esta escala poderá também ser usada uma cotação bimodal convertendo os valores 1 e 2 em zero e os valores 3 e 4 em um, somando-se de seguida os valores de cada factor. Em ambas as formas, valores elevados indicam níveis elevados nas dimensões.

2.3. Escala de Concepção de Saúde de Laffrey

A Laffrey Health Conception Scale foi desenvolvida por Laffrey, a fim de medir a percepção de saúde individual do significado de saúde. A autora definiu o conceito de saúde segundo uma visão pessoal da saúde para o indivíduo (Tapadinhas, 2001).

O Conceito de Saúde Clínica foi definido então, como a ausência de estar ou sentir-se doente ou ter sintomas. De acordo com esta concepção a saúde é medicamente definida e é focalizada na doença ou nos sintomas (Tapadinhas, 2001).

O Conceito Funcional de Saúde foi definido como uma capacidade para desenvolver os papéis habituais de forma satisfatória. Quem funcione segundo este conceito considera que a saúde é a capacidade de funcionar como é esperado pelos outros e de acordo com as regras que regem o indivíduo (Tapadinhas, 2001).

O Conceito Adaptativo de Saúde foi definido como um ajustamento flexível às alterações circunstanciais e inclui a capacidade de adaptar-se ao stress ambiental. As pessoas que partilham deste conceito consideram-se saudáveis ao sentirem-se flexíveis e capazes de manterem a estabilidade na vida (Tapadinhas, 2001).

O Conceito de Realização de Saúde foi definido como um bem-estar exuberante, a capacidade de transcender o habitual e as situações de vida comuns, para atingir níveis superiores de bem-estar e humanidade. As pessoas que adoptam este conceito consideram a saúde como o atingir da sua auto-realização e do mais elevado potencial (Tapadinhas, 2001).

A LHCS foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Tapadinhas (2001), tendo sido então denominada de Escala de Conceção de Saúde de Laffrey.

Esta escala é constituída por 28 itens com uma resposta de escolha múltipla de tipo Likert com o formato desde o discordo completamente (1) até ao concordo completamente (6). Cada item é uma curta afirmação descritiva sobre a natureza da saúde. Cada uma das quatro dimensões do conceito de saúde é representada por sete itens. Obtem-se um total em cada dimensão ao somar os sete itens dessa dimensão. O total de cada dimensão vai desde 7 a 42. Sendo esta a força relativa em que a dimensão individual ou de grupo pode ser comparada.

Pode ser obtido um total através da soma dos totais das quatro dimensões, sendo que este total pode variar entre 28 e 168, indicando a força do total da concepção de saúde, que pode ser assim comparado entre grupos ou indivíduos.

2.4. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Segundo Ribeiro (2004), a forma mais prática de avaliar os comportamentos de saúde consiste em perguntar às pessoas sobre o modo como se costumam comportar. Ao perguntar como se costumam comportar haverá diferenças entre o que realmente fazem e o que elas dizem que fazem. Uma forma de ultrapassar este problema é avaliar as atitudes para com esses comportamentos. De facto, em grande parte, é isso que se recolhe quando se pergunta às pessoas como foi o comportamento que tiveram. Se alguns comportamentos são fáceis de relatar (p. ex., «quantos cigarros fuma por dia?») outros são mais difíceis de responder com tal precisão (p. ex., «quanta gordura come por dia?»). Este problema metodológico atravessa,

aliás, todos os questionários que investigam o comportamento humano: as respostas são mais aquilo que as pessoas têm intenção de fazer do que o que elas fazem.

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) foi desenvolvido para a população portuguesa por Ribeiro (2004), é constituído por 28 itens, onde a resposta é dada numa escala ordinal de cinco posições em que o respondente, perante a afirmação que expressa uma acção escolhe entre cinco alternativas, a percentagem que usa, ou não, essa acção, entre o “quase sempre” num extremo da escala e o “quase nunca” no outro extremo. O tempo de resposta à QACS é de cinco a dez minutos para pessoas letradas. A nota de comportamentos protectores de saúde variará entre 28 e 140.

2.5. Escala de Bem-Estar Pessoal

Segundo Diener, Oishi e Lucas (2003) o Bem-Estar Subjetivo (BES) seria o que os leigos chamam de felicidade, prazer ou satisfação com a vida. As pessoas com alto nível de BES seriam aquelas satisfeitas e felizes, identificando no BES um componente cognitivo (satisfação) e outro emocional (Costa & Pereira, 2007).

O componente emocional é referido, ora como felicidade, ora como afecto positivo e afecto negativo. Uma pessoa com balanço positivo entre o afecto positivo e o afecto negativo seria considerada feliz (Larson, 1987, cit. por Costa & Pereira, 2007).

O Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP) é um questionário que se propões avaliar o BES. Foi validado para a população portuguesa por Ribeiro e Cummins (Para Publicação). O IBP inclui sete itens/domínios (satisfação com, nível de vida, saúde, realização pessoal, relações

personais, sentimento de segurança, ligação à comunidade, segurança com o futuro e satisfação pessoal com a espiritualidade ou religião) que pretendem representar um primeiro nível de desconstrução da avaliação geral que consiste num item “satisfação com a vida em geral”.

Para cada questão as pessoas respondem quanto satisfeitas estão com cada item/domínio numa escala de “0” (extremamente insatisfeito) a “10” (extremamente satisfeito), com uma posição intermédia neutra. O IBP é calculado numa nota de 0-100.

2.6. Qualidades Métricas

De acordo com Anastasi (1990) a fidelidade significa que se obtêm resultados semelhantes quando os mesmos sujeitos são avaliados em diferentes ocasiões com os mesmos testes (ou com conjuntos equivalentes de itens). É expressa por um coeficiente de correlação, uma vez que todos os tipos de fidelidade se interessam pelo seu grau de consistência ou concordância entre dois tipos de conjuntos de notas independentes. Uma boa consistência interna deve ultrapassar um alfa de 0,80, no entanto são aceitáveis valores acima de 0,60 (Ribeiro, 1999).

2.6.1. Inventário de Personalidade de Eysenck

O Quadro 2 apresenta os valores de consistência interna da amostra referente à adaptação do IPE (Silva e Silvério, 1997) e os da amostra em estudo.

Quadro 2 - Valores de consistência interna para as Dimensões do IPE através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach.

<u><i>Dimensões do IPE</i></u>	<u><i>Silva e Silvério</i></u>	<u><i>Estudo</i></u>
Extroversão	0,82	0,50
Neuroticismo	0,79	0,68

Pela análise do Quadro 2, percebe-se que apenas o Neuroticismo apresenta um valor acima de 0,60. Estes valores reflectem uma fraca consistência interna do instrumento utilizado.

2.6.2. Escala de Concepção de Saúde de Laffrey

O Quadro 3 apresenta os valores de consistência interna da amostra referente à adaptação da ECSL (Tapadinhas, 2001) e os da amostra em estudo.

Quadro 3 - Valores de consistência interna para os Factores da ECSL através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach

<u><i>Factores da ECSL</i></u>	<u><i>Tapadinhas</i></u>	<u><i>Estudo</i></u>
Clínico	0,81	0,82
Funcional	0,88	0,88
Adaptativo	0,88	0,90
Realização	0,84	0,87
Total da ECSL	0,94	0,94

Como se pode observar através do Quadro 3, a fidelidade do instrumento para a amostra em estudo revela que todos os coeficientes se situam acima dos 0,80, revelando desta forma este instrumento uma boa consistência interna.

2.6.3. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

O Quadro 4 apresenta os valores de consistência interna da amostra referente à adaptação do QACS (Ribeiro, 2004) e os da amostra em estudo.

Quadro 4 - Valores de consistência interna para os Factores do QACS através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach.

<u>Factores do QACS</u>	<u>Ribeiro</u>	<u>Estudo</u>
Exercício Físico	0,67	0,74
Nutrição	0,78	0,85
Auto Cuidado	0,67	0,67
Segurança Motorizada	0,42	0,39
Uso de Drogas ou Similares	0,52	0,53
Total dos Itens	0,76	0,82

Como se pode observar através do Quadro 4, a fidelidade do instrumento para a amostra em estudo revela que a maioria dos coeficientes se situa acima dos 0,60, excepto os Factores Segurança Motorizada e Uso de Drogas.

2.6.4. Escala de Bem-Estar Pessoal

O Quadro 5 apresenta os valores de consistência interna da amostra referente à adaptação da EBP (Ribeiro & Cummins, s.d.) e os da amostra em estudo.

Quadro 5 - Valores de consistência interna para os Factores do QACS através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach.

	<u>Ribeiro e Cummins</u>	<u>Estudo</u>
<u>EBP</u>	0,81	0,82

Como se pode observar através do Quadro 5, a fidelidade do instrumento para a amostra em estudo revela que este, tal como a versão de Ribeiro, apresenta uma boa consistência interna.

3. Tipo de Estudo

O estudo apresentado é um estudo observacional, descritivo e transversal, pois pretende-se fornecer informação acerca da população em estudo descrevendo os acontecimentos tal como eles ocorrem, sem qualquer manipulação das variáveis, sendo os dados recolhidos num único momento.

3.1. Definição de variáveis

Em investigações que se propõem observar o que ocorre sem manipular as variáveis, é muitas vezes, difícil definir qual é a variável dependente ou independente, sendo nestes casos preferível denominá-las de variáveis principais e variáveis secundárias (Ribeiro, 1999).

Variáveis Principais

Foram definidas como variáveis principais, as características de Personalidade, a Concepção de Saúde, os Comportamentos de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo, variáveis estas que foram operacionalizadas pelos instrumentos atrás referidos.

Variáveis Secundárias

As variáveis secundárias foram acedidas através de um questionário Demográfico, Profissional e de Doença tendo sido consideradas as seguintes:

Idade: Um dos aspectos importantes a considerar em qualquer tipo de estudo, relaciona-se com o controlo de variáveis como a Idade. Segundo Silva et al. (1995): “o controlo desta variável, é necessário, na medida em que a idade modifica a tolerância ao trabalho por turnos”.

Apoio Sócio-familiar: Segundo Escriba-Aguir (1992), o trabalho por turnos afecta negativamente a vida familiar e social dos trabalhadores. Imbernon et al. (1993) referem que o equilíbrio psicológico e a vida familiar e social são afectados pelo trabalho por turnos.

Preferência Religiosa: De acordo com Matarazzo e Leckliter (1988), em algumas religiões, os seus seguidores são incentivados a terem certos comportamentos rotineiros, promotores de saúde, como o desporto, a recreação, o evitamento do tabaco e álcool. Kurtz et al. (1995) afirmam que há maior probabilidade de se encontrar bons hábitos de saúde, comportamentos de apoio aos outros e, portanto, bem-estar psicológico, em pessoas que têm uma visão religiosa e espiritual positiva face à vida. A perspectiva espiritual e religiosa inclui conteúdos existenciais que, por sua vez, têm profundas implicações no bem-estar físico e psicológico (Wong & Fry, 1998).

Escolaridade: Segundo Sousa (2004), os sujeitos que possuem mais habilitações literárias, têm mais expectativas para outro tipo de trabalho e principalmente para outro horário, que não o rotativo.

Número Total de Anos de Trabalho / Tempo de Trabalho no Actual Regime de Turnos / Tempo Total de Trabalho por Turnos / Horas Trabalho Semanais: Segundo Silva (1994), estas variáveis são extremamente importantes, pois podem influenciar aspectos como o rendimento, a satisfação com o turno, os níveis de ansiedade, o estado de saúde, a qualidade do sono e o recurso a medicamentos.

Carga do Trabalho ao Nível Físico, Mental, Pressões de Tempo e Stress Nervoso: Ettner e Grzywacz (2001) referem que estas variáveis têm impacto na percepção que os trabalhadores têm sobre os efeitos do trabalho na sua saúde.

Vantagens Versus Desvantagens: Nesta questão pretende-se avaliar o peso das vantagens e desvantagens do sistema de turnos em que o sujeito se encontra. Rosa et al., 1990 (cit. por Santos, 2003) referem que o trabalho por turnos pode ser considerado como positivo, isto porque ao permitir uma maior flexibilidade nas horas do dia, pode facilitar, por exemplo, o acesso a serviços públicos, consultas médicas, compras, disponibilidade para o cuidado de crianças ou idosos a cargo, principalmente se o outro cônjuge trabalha noutro sistema de turnos. O sistema de trabalho por turnos e o trabalho nocturno são considerados pela maioria dos autores como um sistema que provoca alterações na saúde e no bem-estar dos trabalhadores, através dos seus efeitos directos, dos efeitos indirectos e, sobretudo através de alterações familiares, psicológicas e sociais (Azevedo, 1980; Bohle et al., 2004; Borralho, 2000; Bosh, 1990, cit. por Santos, 2003; Fischer, 2004a).

Doença Crónica/ Dias de Doença/ Dias sem Trabalhar/ Dias de Cama/ Ida ao Médico: Nesta questão pretende-se perceber a existência ou não de doença crónica, a avaliação dos períodos de doença que tenham provocado a ausência ao trabalho no ano anterior e a frequência de visitas ao médico.

Saúde e Qualidade de Vida Percepcionadas na Última Semana: Estas variáveis têm uma inter-relação fundamental, pois a boa saúde é fortemente influenciada pelo estilo de vida, e esta afecta directamente a qualidade de vida.

4. Procedimento

Atendendo às características do nosso estudo, aos seus objectivos, ao tempo disponível para a sua realização e à homogeneidade que pretendíamos para a nossa amostra a nível das variáveis, foi seleccionada uma empresa do ramo da Segurança Privada da zona da grande Lisboa, onde pretendíamos encontrar os potenciais indivíduos da nossa amostra.

Contactámos a respectiva direcção da empresa em questão, a quem apresentámos em traços gerais, os objectivos e finalidades do estudo e como pretendíamos fazê-lo. Foi garantida a completa confidencialidade dos resultados, tendo sido igualmente salvaguardado que o trabalho a desenvolver não implicaria inconveniências para o funcionamento da instituição e para os funcionários, que só participariam voluntariamente.

Depois da autorização, foram-nos concedidas todas as facilidades e colaboração no sentido de contactarmos com os vigilantes e solicitar-lhes a colaboração neste trabalho.

Foi então acordado que, devido à colocação dos vigilantes em clientes da empresa numa área geográfica muito extensa, se apresentaria o estudo e se explicaria o modo de preenchimento do questionário aos supervisores, que por sua vez iriam distribuir e recolher os mesmos.

III – Resultados

1. Análise Quantitativa

Com o objectivo de responder às Questões de Investigação colocadas anteriormente, proceder-se-á de seguida a uma análise quantitativa onde serão então analisadas as relações entre as diferentes variáveis do estudo.

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Todo o tratamento estatístico foi efectuado através do programa de estatística S.P.S.S. versão 15 para ambiente Windows.

Para se responder às próximas questões utilizou-se a comparação entre variáveis, que foi analisada por meio de uma matriz de correlações. O conceito de correlação é dos mais básicos e importantes no estudo de relações entre variáveis. A correlação permite obter uma medida através da qual se determina a força ou intensidade de uma associação. A estimativa dessa força é-nos dada pelo respectivo coeficiente de correlação (Pestana & Gageiro, 2001).

O coeficiente de correlação de Pearson varia entre -1 e 1 . Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior a associação entre variáveis. Esta associação pode ser negativa, quando valores mais elevados de uma variável estão associados a valores mais baixos de outra, ou positiva se a variação entre variáveis for no mesmo sentido (Bryman & Duncam, 2001).

Questão 1 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e a Concepção de Saúde?

Quadro 6 - Coeficientes de correlação para os Traços de Personalidade e a Concepção de Saúde, de acordo com o resultado do teste de correlação de Pearson ($N=132$).

Personalidade		Clínico	Funcional	Adaptativo	Realização	CS_Total
Extroversão	<i>r</i>	0,06	0,07	0,05	0,12	0,09
Neuroticismo	<i>r</i>	-0,18(*)	-0,11	-0,09	-0,14	-0,15

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

Para responder à Questão 1 e tendo em conta o Quadro 6, é possível constatar que existe uma correlação estatisticamente significativa, negativa, entre o Neuroticismo e o Factor Clínico da Concepção de Saúde.

Questão 2 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e os Comportamentos de Saúde?

Quadro 7 - Coeficientes de correlação para os Traços de Personalidade e os comportamentos de Saúde, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).

Personalidade		Exercício Físico	Nutrição	Auto Cuidado	Seg Motorizada	UsoDrogas
Extroversão	<i>r</i>	0,17(*)	-0,14	-0,11	-0,22(**)	-0,07
Neuroticismo	<i>r</i>	-0,18(*)	-0,01	-0,31(**)	-0,10	-0,10

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

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

Para responder à Questão 2, e tendo como referência o Quadro 7, podem-se verificar correlações estatisticamente significativas, negativas entre a Extroversão e a Segurança Motorizada e entre o Neuroticismo com o Exercício Físico e o Auto Cuidado.

Questão 3 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e o Bem-Estar Subjectivo?

Quadro 8 - Coeficientes de correlação para os Traços de Personalidade e o Bem-Estar Subjectivo, de acordo com o resultado do teste de correlação de Pearson ($N=132$).

Personalidade		Bem-Estar
Extroversão	<i>r</i>	0,22(*)
Neuroticismo	<i>r</i>	-0,41(**)

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

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

Tendo em conta o Quadro 8, verificam-se duas correlações estatisticamente significativas. Uma positiva entre a Extroversão e o Bem-Estar Subjectivo e uma negativa entre o Neuroticismo e o Bem-Estar Subjectivo.

Questão 4 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Quadro 9 - Coeficientes de correlação para os Traços de Personalidade e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).

Pers		Idade	Anos Trab	Anos Actual Turnos	Total Anos Turnos	Ritmo Trab	Tipo Pessoa1	Tipo Pessoa2	Satisf Trab	Dias Cama	Saúde	Q_Vida
Ext	<i>r</i>	0,36(**)	0,34(**)	-0,19(*)	-0,21(*)	0,02	0,02	-0,10	0,02	0,04	0,10	0,06
Neur	<i>r</i>	0,04	0,02	-0,08	-0,15	-0,18(*)	0,35(**)	0,25(**)	0,24(**)	0,18(*)	-0,47(**)	-0,40(**)

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

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

A fim de responder à Questão 4, e tendo como referencia o Quadro 9, é possível constatar correlações estatisticamente significativas, positivas entre a Extroversão e a Idade e o Número de Anos de Trabalho. Verificam-se igualmente para a Extroversão correlações negativas para os Anos no Actual Regime de Turnos e o Total de Anos a Trabalhar por Turnos.

Tendo em conta o Neuroticismo, verificam-se correlações negativas com o Ritmo de Trabalho, a Saúde Percepcionada e a Qualidade de Vida Percepcionada e correlações positivas com o Tipo Pessoa 1, o Tipo Pessoa 2, a Satisfação com o Trabalho e os Dias de Cama sem trabalhar.

Para se responder à próxima questão recorreu-se ao Teste t, que permite comparar as médias de uma variável para duas amostras independentes, ou seja, grupos entre os quais não há relação no que toca aos sujeitos (Pereira, 2004).

Questão 5 - Será que existem diferenças nos Traços de Personalidade em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Quadro 10 – Estatísticas descritivas para os Traços de Personalidade e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença de acordo com o resultado do teste de *t* (*N*=132).

Personalidade	Estado Civil	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>D.P</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
Extroversão	Sem Companheiro	69	15,10	2,72	2,39	0,01
	Com Companheiro	63	14,06	2,19		
Neuroticismo	Sem Companheiro	69	10,87	2,92	0,15	ns
	Com Companheiro	63	10,79	2,82		

Para responder à Questão 5, e tendo como referencia o Quadro 10, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do Estado Civil, no que se refere à Extroversão. Segundo este resultado, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referiram viver sem companheiro que apresentaram em média os valores mais elevados nesta variável.

Questão 6 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e os Comportamentos de Saúde?

Quadro 11 - Coeficientes de correlação para a Concepção de Saúde e os Comportamentos de Saúde, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).

Concepção Saúde		Exercício Físico	Nutrição	Auto Cuidado	Seg Motorizada	Uso Drogas
CS_Total	<i>r</i>	0,08	0,10	0,09	0,11	0,17(*)
Clínico	<i>r</i>	0,01	-0,06	0,06	0,14	0,24(**)
Funcional	<i>r</i>	0,10	0,14	0,12	0,10	0,11
Adaptativo	<i>r</i>	0,05	0,14	0,11	0,07	0,08
Realização	<i>r</i>	0,14	0,16	0,02	0,08	0,14

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

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

De acordo com o Quadro 11, encontram-se correlações estatisticamente significativas, positivas entre a Concepção de Saúde Total e o Uso de Drogas e entre o Factor Clínico e o Uso de Drogas.

Questão 7 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo?

Quadro 12 - Coeficientes de correlação para a Concepção de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo, de acordo com o resultado do teste de correlação de Pearson ($N=132$).

Concepção Saúde		Bem-Estar
CS_Total	<i>r</i>	0,16
Clínico	<i>r</i>	0,09
Funcional	<i>r</i>	0,15
Adaptativo	<i>r</i>	0,14
Realização	<i>r</i>	0,18(*)

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

Através do Quadro 12, constata-se uma correlação estatisticamente significativa, positiva entre o Factor Realização e o Bem-Estar Subjectivo.

Questão 8 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Quadro 13 - Coeficientes de correlação para a Concepção de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença, de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).

Concepção de Saúde		N Filhos	Anos Actual Turnos	Total Anos Turnos	Tipo Pessoal	VantagDesvant	Saúde	Qualidade_Vida
CS Total	<i>r</i>	0,10	0,23(**)	0,21(*)	-0,16	0,13	0,24(**)	0,26(**)
Clínico	<i>r</i>	0,01	0,12	0,12	-0,05	0,08	0,15	0,12
Funcio	<i>r</i>	0,17(*)	0,26(**)	0,24(**)	-0,17(*)	0,09	0,20(*)	0,20(*)
Adaptat	<i>r</i>	0,10	0,24(**)	0,25(**)	-0,16	0,17(*)	0,18(*)	0,28(**)
Realiz	<i>r</i>	0,07	0,17(*)	0,14	-0,17(*)	0,12	0,30(**)	0,30(**)

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

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

Tendo em conta o Quadro 13, verificam-se correlações estatisticamente significativas.

As positivas entre:

- Concepção de Saúde Total e algumas variáveis, nomeadamente, o Número de Anos no Actual Regime de Turnos, o Total de Anos a trabalhar por Turnos, a Saúde percebida e a Qualidade de Vida percebida;

- O Factor Funcional e as variáveis, Número de Filhos, Número de Anos no Actual Regime de Turnos, Total de Anos a trabalhar por Turnos, Saúde percepcionada e Qualidade de Vida percepcionada;

- O Factor Adaptativo e as variáveis, Número de Anos no Actual Regime de Turnos, Total de Anos a trabalhar por Turnos, Vantagens versus Desvantagens, Saúde percepcionada e Qualidade de Vida percepcionada;

- O Factor Realização e as variáveis, Número de Anos no Actual Regime de Turnos, Saúde percepcionada e Qualidade de Vida percepcionada.

Relativamente às correlações negativas, estas registaram-se entre:

- O Factor Funcional e o Tipo de Pessoa 1;
- O Factor Realização e o Tipo de Pessoa 1.

Para se responder à próxima questão recorreu-se ao Teste t, que permite comparar as médias de uma variável para duas amostras independentes, ou seja, grupos entre os quais não há relação no que toca aos sujeitos (Pereira, 2004).

Questão 9 - Será que existem diferenças na Concepção de Saúde em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Quadro 14 – Estatísticas descritivas para a Concepção de Saúde e os Filhos de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).

Concepção Saúde	Filhos	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Clínico	Sim	67	33,96	6,98	0,91	ns
	Não	65	32,77	7,83		
Funcional	Sim	67	34,30	5,62	2,94	0,01
	Não	65	31,12	6,72		
Adaptativo	Sim	67	32,79	5,77	1,63	ns
	Não	65	31,03	6,61		
Realização	Sim	67	34,18	5,39	1,56	ns
	Não	65	32,51	6,78		
CS_Total	Sim	67	135,22	20,03	1,99	0,04
	Não	65	127,43	24,65		

Através da leitura do Quadro 14 pode-se constatar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da existência de Filhos, sendo a mais expressiva em relação ao Factor Funcional e a menos forte em relação ao Total da ECSL. Os resultados encontrados permitem afirmar que existem diferenças ao nível da existência de filhos em relação à concepção geral de saúde e em particular no que se refere à dimensão funcional.

Quadro 15 – Estatísticas descritivas para a Concepção de Saúde e a Religiosidade de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).

Concepção Saúde	Religiosidade	N	M	D.P	t	p
Clínico	Católica	103	33,86	7,35	1,44	ns
	Não Católica	29	31,62	7,45		
Funcional	Católica	103	33,84	5,49	3,981	0,01
	Não Católica	29	28,79	7,69		
Adaptativo	Católica	103	32,83	5,57	3,237	0,01
	Não Católica	29	28,72	7,44		
Realização	Católica	103	34,34	5,04	3,619	0,01
	Não Católica	29	29,86	8,24		
CS_Total	Católica	103	134,87	19,60	3,467	0,01
	Não Católica	29	119,00	28,32		

O Quadro 15 permite perceber que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da variável Religiosidade, em relação ao Total da ECSL e aos Factores Funcional, Adaptativo e Realização. Os resultados encontrados permitem afirmar que existem diferenças ao nível da religiosidade em relação à concepção geral de saúde e em particular no que se refere às dimensões Funcional, Adaptativa e Realização.

Quadro 16 – Estatísticas descritivas para a Concepção de Saúde e a Doença Crónica de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).

Concepção Saúde	Doença Crónica	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Clínico	Sim	14	28,79	9,57	-2,49	0,01
	Não	118	33,92	6,96		
Funcional	Sim	14	34,43	6,37	1,05	ns
	Não	118	32,53	6,36		
Adaptativo	Sim	14	35,29	5,94	2,16	0,03
	Não	118	31,53	6,17		
Realização	Sim	14	33,71	5,69	0,23	ns
	Não	118	33,31	6,22		
CS_Total	Sim	14	132,21	22,93	0,14	ns
	Não	118	131,29	22,74		

A leitura do Quadro 16 permite constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da Doença Crónica, no que se refere aos Factores Clínico e Adaptativo.

Questão 10 - Será que existem relações entre os Comportamentos de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo?

Quadro 17 - Coeficientes de correlação para os Comportamentos de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo, de acordo com o resultado do teste de correlação de Pearson ($N=132$).

Comportamentos Saúde		Bem-Estar
ExercícioFísico	<i>r</i>	0,27(**)
Nutrição	<i>r</i>	0,10
AutoCuidado	<i>r</i>	0,20(*)
SegMotorizada	<i>r</i>	0,01
UsoDrogas	<i>r</i>	0,02

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

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

Pela interpretação do Quadro 17, constata-se correlações estatisticamente significativas, positivas, entre os factores Exercício Físico e Auto Cuidado com o Bem-Estar Subjectivo.

Questão 11 - Será que existe relação entre os Comportamentos de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Quadro 18 - Coeficientes de correlação para os Comportamentos de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).

CompSaúde		Idade	N Filhos	Pess Cuida	Anos Trabalho	Horas Semana	Caract Trab Manhã	Caract Trab Tarde	Tipo Pessoa1	Tipo Pessoa2	Saúde	Qual Vida
ExFísico	<i>r</i>	-0,26(**)	-0,20(*)	-0,16	-0,22(*)	-0,07	0,05	0,13	-0,12	-0,17(*)	0,20(*)	0,21(*)
Nutricao	<i>r</i>	0,26(**)	0,13	0,63	0,26(*)	-0,05	-0,24(**)	-0,13	-0,20	-0,10	0,01	0,04
AutoCuidado	<i>r</i>	0,14	0,12	0,18(*)	0,22(**)	-0,17(*)	-0,09	-0,14	-0,07	-0,26(**)	0,04	0,08
SegMoto	<i>r</i>	0,27(**)	0,15	0,16	0,26(**)	-0,01	-0,09	-0,17(*)	-0,03	-0,08	0,08	0,01
UsoDrog	<i>r</i>	0,14	0,08	0,04	0,10	-0,03	-0,08	-0,11	-0,21(*)	-0,13	0,08	0,05

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

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

Para responder à Questão 14 e tendo como referencia o Quadro 18, verificam-se correlações estatisticamente significativas. As positivas entre:

- O Exercício Físico e as variáveis, Saúde percebida e Qualidade de Vida percebida;
- A Nutrição e as variáveis, Idade e o Número de Anos de Trabalho;

- O Auto Cuidado e as variáveis, Número de Pessoas a Cuidado e o Número de Anos de Trabalho;

- A Segurança motorizada e as variáveis, Idade e o Número de Anos de Trabalho;

Quanto às correlações negativas, estas verificaram-se entre:

- O Exercício Físico e as variáveis, Idade, Número de Filhos, Número de Anos de Trabalho e o Tipo de Pessoa 2;

- A Nutrição e a variável, Características do Trabalho de Manhã;

- O Auto Cuidado e as variáveis, Número de Horas de Trabalho por Semana e Tipo de Pessoa 2;

- A Segurança Motorizada e a variável, características do Trabalho à Tarde;

- O Uso de Drogas e Tipo de Pessoa 1.

Para se responder à próxima questão recorreu-se ao Teste t, que permite comparar as médias de uma variável para duas amostras independentes, ou seja, grupos entre os quais não há relação no que toca aos sujeitos (Pereira, 2004).

Questão 12 - Será que existem diferenças nos Comportamentos de Saúde em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Quadro 19 – Estatísticas descritivas para os Comportamentos de Saúde e os Filhos de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).

Comportamentos de Saúde	Filhos	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício Físico	Sim	67	7,39	2,95	-2,23	0,02
	Não	65	8,69	3,72		
Nutrição	Sim	67	13,69	5,00	0,94	ns
	Não	65	12,88	4,88		
AutoCuidado	Sim	67	41,31	7,00	2,63	0,01
	Não	65	38,18	6,61		
SegMotorizada	Sim	67	13,09	2,36	2,67	0,01
	Não	65	11,94	2,57		
Uso Drogas	Sim	67	23,30	4,23	1,61	ns
	Não	65	22,06	4,56		

Pela análise do Quadro 19, pode-se verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da existência de Filhos, em relação aos Factores Exercício Físico, Auto Cuidado e Segurança Motorizada da EACS.

Quadro 20 – Estatísticas descritivas para os Comportamentos de Saúde e a Doença Crónica de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).

Comportamentos de Saúde	Doença Crónica	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício Físico	Sim	14	8,14	4,655	0,13	ns
	Não	118	8,02	3,255		
Nutrição	Sim	14	15,71	5,62	1,96	0,05
	Não	118	13,00	4,80		
AutoCuidado	Sim	14	41,00	6,80	0,69	ns
	Não	118	39,63	7,00		
SegMotorizada	Sim	14	12,07	2,46	-0,70	ns
	Não	118	12,58	2,54		
Uso Drogas	Sim	14	21,93	5,55	-0,67	ns
	Não	118	22,78	4,29		

Através da leitura do Quadro 20, percebe-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da Doença Crónica, em relação ao Factor Nutrição.

Questão 13 - Será que existem relações entre o Bem-Estar Subjectivo e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Quadro 21 - Coeficientes de correlação para o Bem-Estar Subjectivo e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson ($N=132$).

	Anos Actual Turnos	Horas Semana	Ritmo Trab	Tipo Pessoa1	Tipo Pessoa2	Vantag Desvant	Satisf Trabalho	Saúde	Qual Vida
BemEst ar r	0,20(*)	0,19(*)	0,29(**)	-0,22(**)	-0,24(**)	0,22(**)	0,48(**)	0,50(**)	0,56(**)

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

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

Pela análise do Quadro 21, verificam-se correlações estatisticamente significativas, negativas entre o Bem-Estar Subjectivo e os Tipos de Pessoa 1 e 2. As restantes correlações são positivas.

Para se responder à próxima questão recorreu-se ao Teste t, que permite comparar as médias de uma variável para duas amostras independentes, ou seja, grupos entre os quais não há relação no que toca aos sujeitos (Pereira, 2004).

Questão 14 - Será que existem diferenças no Bem-Estar Subjectivo em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Quadro 22 – Estatísticas descritivas para o Bem-Estar Subjectivo e a Religiosidade de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).

Religiosidade		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bem-Estar Subjectivo	Católica	103	52,95	10,44	1,98	0,04
	Não Católica	29	48,55	10,89		

Pela análise do Quadro 22, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da Religiosidade, em relação ao Bem-Estar Subjectivo, ou seja, são em média os católicos que apresentam os valores mais elevados de Bem-Estar Subjectivo.

Quadro 23 – Estatísticas descritivas para o Bem-Estar Subjectivo e a Doença Crónica de acordo com o resultado do teste de t ($N=132$).

Doença Crónica		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bem-Estar Subjectivo	Sim	14	45,00	11,25	-2,65	0,01
	Não	118	52,81	10,32		

A leitura do Quadro 23, permite constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da Doença Crónica, em relação ao Bem-Estar Subjectivo, ou seja, são em média os sujeitos que referem não ter Doença Crónica que apresentam os valores mais elevados de Bem-Estar Subjectivo.

2. Análise Descritiva

De seguida apresenta-se a análise qualitativa dos dados não incluídos na apresentação dos resultados.

Quanto à existência de filhos, a distribuição dos sujeitos é apresentada no quadro 24:

Quadro 24 – Distribuição dos participantes quanto à existência de filhos.

Filhos	Frequências	Percentagens
Sim	67	50,8
Não	65	49,2
Total	132	100

Pela análise do Quadro 24, percebe-se que a maior parte dos vigilantes referiu ter filhos.

No que diz respeito ao número de filhos, os inquiridos distribuem-se de acordo com o Quadro 25:

Quadro 25 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Filhos.

Número Filhos	Frequências	Percentagens
0	65	49,20
1	42	31,80
2	18	13,60
3	5	3,80
4	1	0,80
5	1	0,80
Total	132	100

De acordo com o Quadro 25, constata-se que a maior parte dos participantes refere não ter filhos.

Quanto ao número de pessoas a cuidado, os participantes distribuíram-se conforme os dados apresentados no Quadro 26:

Quadro 26 - Distribuição dos participantes quanto ao número de Pessoas a Cuidado.

Número Pessoas a Cuidado	Frequências	Percentagens
0	75	56,80
1	31	23,50
2	16	12,10
3	9	6,80
4	1	0,80
Total	132	100

Conforme se pode observar pelo Quadro 26, a maioria dos inquiridos referiu não ter pessoas a seu cuidado.

No que diz respeito à Religiosidade, os participantes distribuíram-se conforme os dados apresentados no Quadro 27:

Quadro 27 - Distribuição dos participantes quanto à Religiosidade.

Religiosidade	Frequências	Percentagens
Católica	103	78
Não Católica	29	22
Total	132	100

De acordo com o Quadro 27, é possível constatar que a maioria dos vigilantes afirmou serem católicos.

Quanto à Escolaridade, os participantes distribuíram-se conforme os dados apresentados no Quadro 28:

Quadro 28 - Distribuição dos participantes quanto à Escolaridade.

Escolaridade	Frequências	Percentagens
4 anos	2	1,50
6 anos	10	7,60
7 anos	4	3,00
8 anos	4	3,00
9 anos	52	39,40
10 anos	11	8,30
11 anos	14	10,60
12 anos	27	20,50
13 anos	1	0,80
14 anos	2	1,50
15 anos	1	0,80
16 anos	4	3,00
Total	132	100

Conforme se pode observar pelo Quadro 28, a maior percentagem de inquiridos referiu ter 9 anos de escolaridade. É de salientar que 4 dos sujeitos deste estudo possuem habilitação superior.

No que diz respeito ao Número Total de Anos de Trabalho, os inquiridos distribuem-se de acordo com o Quadro 29:

Quadro 29 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Anos de Trabalho.

Número de Anos de Trabalho	Frequências	Percentagens
1	2	1,5
2	2	1,5
3	3	2,3
4	10	7,6
5	6	4,5
6	5	3,8
7	2	1,5
8	3	2,3
9	5	3,8
10	10	7,6
11	2	1,5
12	4	3,0
13	5	3,8
14	7	5,3
15	10	7,6
16	2	1,5
17	4	3,0
18	4	3,0
19	1	0,8
20	7	5,3
21	2	1,5
22	3	2,3
23	3	2,3
24	2	1,5
25	4	3,0
26	2	1,5
27	1	0,8
28	1	0,8
29	2	1,5
30	6	4,5
31	1	0,8
32	2	1,5
34	2	1,5
35	1	0,8
37	1	0,8
38	1	0,8
40	2	1,5
44	1	0,8
51	1	0,8
Total	132	100

Tendo em conta o Quadro 29, verifica-se a maior parte dos vigilantes afirma ter 4, 10 ou 15 anos de trabalho, respectivamente.

Quanto ao Número de Anos no Actual Regime de Turnos, os vigilantes distribuem-se conforme apresentado no Quadro 30:

Quadro 30 – Distribuição dos participantes quanto ao Número de Anos no Actual Regime de Turnos.

Anos Actual Regime Turnos	Frequências	Percentagens
1	18	13,6
2	7	5,3
3	10	7,6
4	20	15,2
5	14	10,6
6	9	6,8
7	10	7,6
8	7	5,3
9	5	3,8
10	15	11,4
11	7	5,3
12	2	1,5
14	3	2,3
17	1	0,8
19	1	0,8
20	1	0,8
22	2	1,5
Total	132	100

A leitura do Quadro 30, permite inferir que a maior parte dos vigilantes afirmou estar a trabalhar no actual regime de turnos há 4 anos.

Para o Número Total de Anos a Trabalhar por Turnos, a distribuição dos inquiridos é apresentada no Quadro 31:

Quadro 31 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Anos a Trabalhar por Turnos.

Total Anos Turnos	Frequências	Percentagens
1	11	8,3
2	6	4,5
3	9	6,8
4	15	11,4
5	13	9,8
6	10	7,6
7	13	9,8
8	8	6,1
9	6	4,5
10	16	12,1
11	6	4,5
12	5	3,8
13	1	0,8
14	4	3,0
16	1	0,8
17	1	0,8
18	1	0,8
19	2	1,5
20	2	1,5
22	2	1,5
Total	132	100

Pela análise do Quadro 31, é possível constatar que a maior parte dos vigilantes referiu trabalhar há 10 anos por turnos.

Quanto ao Total de Horas de Trabalho por Semana, os inquiridos distribuem-se de acordo com o quadro 32:

Quadro 32 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Horas de Trabalho por Semana.

Horas Trab Semana	Frequências	Percentagens
40	63	47,7
42	1	0,8
44	3	2,3
45	10	7,6
46	1	0,8
47	1	0,8
48	18	13,6
49	2	1,5
50	10	7,6
52	1	0,8
55	1	0,8
56	2	1,5
60	11	8,3
62	1	0,8
64	3	2,3
68	2	1,5
76	1	0,8
85	1	0,8
Total	132	100

Através do Quadro 32, é possível verificar que a maior parte dos vigilantes deste estudo afirmaram trabalhar 40 horas por semana.

Para as Características do Trabalho no Turno da Manhã, a distribuição dos inquiridos é apresentada no Quadro 33:

Quadro 33 - Distribuição dos participantes quanto às Características do Trabalho no Turno da Manhã.

Caract Trab Manhã	Frequências	Percentagens
Muitissimo leve	4	3
Muito leve	10	7,6
Mais ou menos o mesmo	70	53
Muito pesado	41	31,1
Muitissimo pesado	7	5,3
Total	132	100

A análise do Quadro 33, permite verificar que a maioria dos vigilantes inquiridos referiu que a carga de trabalho no turno da manhã era mais ou menos a mesma.

Tendo em conta as Características do Trabalho no Turno da Tarde, a distribuição dos inquiridos é apresentada no Quadro 34:

Quadro 34 - Distribuição dos participantes quanto às Características do Trabalho no Turno da Tarde.

Caract Trab Tarde	Frequências	Percentagens
Muitissimo leve	1	0,8
Muito leve	17	12,9
Mais ou menos o mesmo	94	71,2
Muito pesado	18	13,6
Muitissimo pesado	2	1,5
Total	132	100

Pela interpretação do Quadro 34, é possível constatar que a maioria dos participantes, tal como na situação anterior, referiu que a carga de trabalho no turno da tarde era mais ou menos a mesma.

Tendo como referencia as Características do Trabalho no Turno da Noite, a distribuição dos inquiridos é apresentada no Quadro 35:

Quadro 35 - Distribuição dos participantes quanto às Características do Trabalho no Turno da Noite.

Caract Trab Noite	Frequências	Percentagens
Muitissimo leve	9	6,8
Muito leve	26	19,7
Mais ou menos o mesmo	80	60,6
Muito pesado	14	10,6
Muitissimo pesado	3	2,3
Total	132	100

Pela interpretação do Quadro 35, é possível constatar que a maioria dos participantes, tal como nos casos anteriores, referiu que a carga de trabalho no turno da noite era mais ou menos a mesma.

Quanto ao Ritmo de Trabalho, a distribuição dos participantes é apresentada no Quadro 36:

Quadro 36 - Distribuição dos participantes quanto ao Ritmo de Trabalho.

Ritmo Trabalho	Frequências	Percentagens
Inteiramente Fora do meu Controle	2	1,5
De algum modo fora do meu controle	6	4,5
Entre uma coisa e outra	11	8,3
De algum modo sob o meu controle	60	45,5
Inteiramente sob o meu controle	53	40,2
Total	132	100

A análise do Quadro 36, permite verificar que a maior parte dos vigilantes afirma que o ritmo do seu trabalho está de algum modo sob o seu controle.

Tendo em conta o Tipo de Pessoa 1, a distribuição dos inquiridos é apresentada no Quadro 37:

Quadro 37 - Distribuição dos participantes quanto ao Tipo de Pessoa 1.

Tipo Pessoa 1	Frequências	Percentagens
Sem dúvida que não	18	13,6
Provavelmente não	42	31,8
Talvez	39	29,5
Provavelmente que sim	23	17,4
Sem duvida que sim	10	7,6
Total	132	100

A leitura do Quadro 37, permite compreender que a maior parte dos vigilantes, provavelmente, não se considera o tipo de pessoa que se sente no seu melhor logo cedo pela manhã, e tende a sentir-se cansado mais cedo que a maior parte das pessoas para o fim do dia.

Tendo em conta o Tipo de Pessoa 2, a distribuição dos inquiridos é apresentada no Quadro 38:

Quadro 38 - Distribuição dos participantes quanto ao Tipo de Pessoa 2.

Tipo Pessoa 2	Frequências	Percentagens
Sem dúvida que não	70	53
Provavelmente não	40	30,3
Talvez	6	4,5
Provavelmente que sim	12	9,1
Sem duvida que sim	4	3
Total	132	100

A interpretação do Quadro 38, permite verificar que a maioria dos vigilantes inquiridos, afirma que não é o tipo de pessoa para quem é muito fácil adormecer em horas ou em locais pouco usuais.

Quanto às Vantagens versus Desvantagens do sistema de turnos, os participantes ficaram distribuídos consoante o apresentado no Quadro 39:

Quadro 39 - Distribuição dos participantes quanto às Vantagens versus Desvantagens do sistema de turnos.

Vantagens/Desvantagens	Frequências	Percentagens
Sem dúvida que não	22	16,7
Provavelmente não	30	22,7
Talvez	47	35,6
Provavelmente que sim	22	16,7
Sem duvida que sim	11	8,3
Total	132	100

O Quadro 39 permite verificar que a maior parte dos vigilantes refere que no geral, talvez as vantagens do seu regime de turnos pesem mais que as desvantagens.

Para a Satisfação do Trabalho, a distribuição dos participantes é apresentada no quadro 40:

Quadro 40 - Distribuição dos participantes quanto à Satisfação com o Trabalho.

Satisfação Trabalho	Frequências	Percentagens
1,80	3	2,3
2,00	2	1,5
2,20	1	0,8
2,40	2	1,5
2,60	2	1,5
2,80	1	0,8
3,00	5	3,8
3,20	4	3,0
3,40	4	3,0
3,60	7	5,3
3,80	4	3,0
4,00	10	7,6
4,20	15	11,4
4,40	13	9,8
4,60	12	9,1
4,80	9	6,8
5,00	9	6,8
5,20	9	6,8
5,40	4	3,0
5,60	4	3,0
5,80	2	1,5
6,00	5	3,8
6,20	1	,8
6,60	2	1,5
6,80	2	1,5
Total	132	100

A análise do Quadro 40 permite constatar que a maior parte dos inquiridos tem uma posição neutra quanto à sua satisfação com o trabalho.

Tendo em conta a existência de Doença Crónica, a distribuição dos inquiridos é apresentada no Quadro 41:

Quadro 41 - Distribuição dos participantes quanto à Existência de Doença Crónica.

Doença Crónica	Frequências	Percentagens
Sim	14	10,6
Não	118	89,4
Total	132	100

A leitura do Quadro 41 permite verificar que a esmagadora maioria dos vigilantes referiu não ter qualquer doença crónica.

Tendo como referencia o Número de Dias Doente no Ano Anterior, a distribuição dos inquiridos é apresentada no quadro 42:

Quadro 42 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Dias Doente no Ano Anterior.

Dias Doente	Frequências	Percentagens
0	87	65,9
1	5	3,8
2	3	2,3
3	5	3,8
4	3	2,3
5	8	6,1
6	1	0,8
7	3	2,3
8	4	3,0
10	2	1,5
14	1	0,8
15	4	3,0
19	1	0,8
20	1	0,8
30	2	1,5
167	1	0,8
180	1	0,8
Total	132	100

A análise do quadro 42, permite inferir que a maioria dos vigilantes em estudo afirmaram não terem estado doentes no ano anterior.

Quanto ao Número de Dias Sem Trabalhar no Ano Anterior, por Doença, os participantes distribuíram-se de acordo com o Quadro 43:

Quadro 43 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Dias Sem Trabalhar no Ano Anterior, por Doença.

Dias Sem Trab	Frequências	Percentagens
0	101	76,5
1	4	3,0
3	4	3,0
4	2	1,5
5	4	3,0
6	1	0,8
7	2	1,5
8	3	2,3
10	1	0,8
14	1	0,8
15	4	3,0
20	1	0,8
30	2	1,5
167	1	0,8
180	1	0,8
Total	132	100

Pela leitura do Quadro 43, reconhece-se que a maioria dos vigilantes afirmou que por doença, não faltou qualquer dia ao trabalho.

Para o Número de Dias de Cama no Ano Anterior, a distribuição dos inquiridos é apresentada no Quadro 44:

Quadro 44 - Distribuição dos participantes quanto ao Número de Dias de Cama no Ano Anterior.

Dias Cama	Frequências	Percentagens
0	101	76,5
1	6	4,5
2	2	1,5
3	8	6,1
4	2	1,5
5	3	2,3
6	1	0,8
7	2	1,5
8	1	0,8
10	1	0,8
15	1	0,8
30	2	1,5
60	1	0,8
100	1	0,8
Total	132	100

Tal como nos casos anteriores, também neste domínio a esmagadora maioria dos vigilantes afirmou não ter estado de cama qualquer dia.

Tendo em conta a frequência de Idas ao Médico, os vigilantes distribuíram-se consoante o Quadro 44:

Quadro 45 - Distribuição dos participantes quanto frequência de Idas ao Médico.

Ida ao Médico	Frequências	Percentagens
Anualmente	42	31,8
Dois em dois anos	7	5,3
Quando doente	8	6,1
Quando Doente	4	3,0
Raramente	32	24,2
Regularmente	3	2,3
Semestralmente	27	20,5
Trimestralmente	9	6,8
Total	132	100

A análise do Quadro 45, permite verificar que a maior parte dos vigilantes inquiridos, referiu ir anualmente ao médico.

Tendo como referencia a Saúde percebida na última semana, a distribuição dos participantes é apresentada no quadro 46:

Quadro 46 - Distribuição dos participantes quanto à Saúde percebida na última semana.

Saúde	Frequências	Percentagens
Péssima	1	0,8
3	7	5,3
4	18	13,6
5	25	18,9
6	40	30,3
Ótima	41	31,1
Total	132	100

A leitura do Quadro 46, permite constatar que a maior parte dos vigilantes referiu ter tido uma ótima saúde na última semana.

Quanto à Qualidade de Vida percebida na última semana, a distribuição dos participantes é apresentada no quadro 47:

Quadro 47 - Distribuição dos participantes quanto à Qualidade de Vida percebida na última semana.

Qualidade Vida	Frequências	Percentagens
Péssima	2	1,5
2	5	3,8
3	15	11,4
4	25	18,9
5	41	31,1
6	28	21,2
Ótima	16	12,1
Total	132	100

A leitura do Quadro 47, permite constatar que a maior parte dos vigilantes referiu ter tido uma qualidade de vida intermédia na última semana.

IV - Discussão

A organização do tempo de trabalho, incluindo a organização do horário de trabalho por turnos, tem-se movimentado em direcção a uma maior diversificação. A organização do tempo de trabalho está a tornar-se mais flexível, mais variada e mais individualizada (Hewitt, 1993). No entanto, não é certo que determinados desenvolvimentos relativos ao tempo e ritmos de trabalho tenham melhorado as condições de vida e de trabalho dos trabalhadores (Boisard et al., 2003). Com efeito, no âmbito desses desenvolvimentos tem sido salientado o facto da implementação de certas modalidades horárias, em especial os horários de trabalho irregulares, favorecerem mais a utilização flexível da força de trabalho por parte das organizações, de modo a fazer face às flutuações de mercado, do que a acomodação das necessidades dos trabalhadores (Blyton et al., 1992; Costa et al., 2004; Kalleberg, 2000; Schabracq & Cooper, 2000; Thierry & Jansen, 1998).

Nesta investigação sobre “Características de Personalidade, Conceção de Saúde, Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Subjectivo” procurou-se avaliar e analisar os aspectos envolvidos na adaptação dos vigilantes à sua actividade profissional em turnos rotativos, tendo em conta os seus Traços de Personalidade, a sua Conceção de Saúde e os seus Comportamentos de Saúde bem como o seu Bem-Estar Subjectivo.

Para além de alguns comentários que acompanham a apresentação dos resultados, importa agora interpretar os principais dados retomando os pressupostos padronizados no enquadramento teórico e à luz das questões de investigação formuladas.

De forma a dar corpo a este objectivo, recorreu-se à utilização de quatro questionários, nomeadamente, o IPE, a ECSL, o QACS e a EBP, que permitiu conhecer a distribuição dos participantes para cada factor dos referidos questionários.

Questão 1 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e a Concepção de Saúde?

A relação entre Personalidade e Saúde tem preocupado cientistas e pensadores ao longo dos séculos. Contudo, este interface ainda se afigura como uma área científica jovem que tem emergido das conhecidas, no entanto controversas, tentativas de explicar a interligação entre o self psicológico e o self fisiológico do homem (Suls & Rittenhouse, 1987).

Ainda que a relação entre trabalho por turnos e psicopatologia seja uma área subinvestigada (Cole, Loving & Kriple, 1990; Wedderburn, 2000), há certa evidência que os trabalhadores por turnos, especialmente os que realizam trabalho nocturno, em comparação com os trabalhadores diurnos, apresentam uma maior incidência de perturbações, frequentemente referidas na literatura como perturbações neuróticas.

Ao se tentar perceber a relação entre personalidade e concepção de saúde, na amostra de vigilantes a trabalhar por turnos, verificou-se que quanto maiores os valores de neuroticismo, menor seria a concepção de saúde clínica dos sujeitos entrevistados. Estes resultados vêm no sentido do que Costa e McCrae (1987) referem sobre o neuroticismo, ou seja, estes sujeitos tendem a experienciar emoções desagradáveis e aflitivas, vivem em constante ansiedade. Neste âmbito, também Maltby, Lewis e Hill (1998), correlacionam o

neuroticismo a pessimismo e depressão. Neste sentido, Silva, Schlottfeldt, Rozenberg, Santos e Lelé (2007), caracterizam o neuroticismo pelas emoções negativas, como a ansiedade, desamparo, irritabilidade e pessimismo. Indivíduos com elevado score neste factor tendem a ser bastante preocupados, melancólicos e irritados. São geralmente ansiosos e apresentam mudanças frequentes de humor e depressão. Tendem a sofrer de transtornos psicossomáticos e apresentam reacções muito intensas a todo o tipo de estímulos.

Outros estudos (Verhaegan et al, 1986; Vidacek et al., 1987), revistos por Barton e colaboradores (1995), indicam uma relação entre exposição ao trabalho por turnos e o aumento dos níveis de neuroticismo. Por exemplo, no estudo de Verhaegan e colaboradores foi verificado um aumento dos níveis de neuroticismo ao longo de um período de 12 anos de exposição ao trabalho por turnos num grupo de trabalhadores da indústria.

Com base numa amostra de 573 operários têxteis do sexo masculino, Costa, Apostoli, d'Andrea e Gaffuri (1981) avaliaram a incidência de desordens “neuróticas” e gastrointestinais no respectivo horário de trabalho. No que respeita às desordens “neuróticas”, estas foram definidas através dos seguintes critérios: sintomatologia ansiosa e depressiva, exigindo tratamento com drogas psicotrópicas por um período superior a três meses ou hospitalização. Os resultados indicaram que a incidência foi particularmente elevada nos trabalhadores nocturnos, em especial nos primeiros anos de experiência nesse regime de trabalho.

Questão 2 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e os Comportamentos de Saúde?

Se originalmente o binómio personalidade-saúde era abordado de um ponto de vista estritamente comportamental, actualmente é alvo de uma aceitação generalizada a ideia de que os factores da personalidade desempenham um papel preponderante nos processos de saúde (Botelho, 1999).

Tendo em conta a personalidade e os comportamentos de saúde, evidenciou-se que relativamente ao exercício físico, a sua correlação positiva com a dimensão extroversão foi concordante com os resultados obtidos por Booth-Kewley e Vickers (1994), em cujo estudo este comportamento surge integrado na dimensão superior de comportamento de manutenção e melhoria de bem-estar. Steptoe et al. (1994) consideraram que a extroversão ao se correlacionar positivamente com comportamentos de saúde positivos poderia reflectir a natureza participativa e sociável de algumas práticas de saúde, o que poderá ser o caso da ida ao ginásio, com o seu componente de socialização. Neste domínio, Brookings e Wilson (1994), correlacionam um maior desejo de magreza à extroversão, na medida em que o comportamento de exercício físico se correlaciona positivamente com o comportamento alimentar, podendo então corresponder a um padrão conjunto de esforço para obter o peso corporal desejado.

A relação entre a personalidade e o desporto tem sido uma das áreas de investigação mais exploradas pela Psicologia do Desporto. O volume de pesquisas e artigos publicados sobre o tema demonstra a sua importância para os pesquisadores e profissionais envolvidos no desporto, bem como para os atletas (Hernandez, et al. 2002; Samulki, 2002). Quando

considerados os níveis de performance, Cox (1994) e Weinberg e Gould (1995) sugerem que há indicações da relação da personalidade com a performance atlética. Por outro lado, Cox (1994) indica que existem características da personalidade, como estabilidade emocional, autodisciplina, capacidade mental de resistir ao esforço, baixa tensão, extroversão e independência que estão relacionadas com a mesma performance.

Estudos recentes têm indicado diferenças entre atletas de níveis distintos de performance. Williams e Reilly (2000) e Reilly et al. (2000), avaliando talentos no futebol, concluíram que aqueles jogadores considerados mais talentosos possuíam uma maior autoconfiança, uma menor propensão a distúrbios da ansiedade e eram mais orientados à motivação pela tarefa e não pelo ego.

Ao nível dos comportamentos de segurança motorizada, constatou-se que a valores elevados de extroversão, estavam relacionados valores mínimos de segurança motorizada, nesta matéria, Fernandez Seara (1978), para estudar factores de personalidade relacionados a acidentes de automóveis e indicadores de alto risco, recolheu, em 1.237 motoristas, informações sobre os seus históricos em relação à sua condução, aos riscos, às atitudes, aos problemas, ao descontentamento e à intolerância, como também utilizou testes de personalidade, inteligência geral e frustração-agressividade. Os sujeitos com acidentes repetidos e maiores comportamentos de risco rodoviário mostraram níveis elevados de extroversão, níveis baixos da adaptação, inteligência baixa e alta punição.

Questão 3 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e o Bem-Estar Subjectivo?

As pesquisas sobre as relações entre a personalidade e o bem-estar subjectivo, e as causas destas relações fornecem informações importantes sobre o bem-estar subjectivo, a sua estrutura e funcionamento. A literatura aponta que os componentes cognitivos e afectivos do bem-estar se apresentam consistentes nas pessoas ao longo do tempo e das situações, correlacionando-se com traços específicos e construtos da personalidade (Costa & Pereira, 2007). Além disso, os componentes do bem-estar também se relacionam de forma distinta com os traços: a extroversão correlaciona-se com afecto prazeroso de forma moderada; o neuroticismo correlaciona-se com afecto desprazeroso; e as metas pessoais estão mais fortemente relacionadas com a componente cognitiva do bem-estar. A tendência para experienciar emoções fortes ou leves é estável ao longo do tempo. As pessoas são consistentes nos seus padrões de reacção. A intensidade do afecto, portanto, não se correlaciona com os indicadores do bem-estar. A intensidade do afecto, para Diener e Lucas (1999), reflecte a qualidade, ao invés do nível, do bem-estar subjectivo que uma pessoa experiencia.

Na procura de uma maior compreensão sobre o bem-estar subjectivo, Lu e Shih (1997), interessados nas correlações psicossociais e nos mecanismos psicológicos de felicidade, diante da constatação de que algumas pessoas são consistentemente mais felizes do que outras, propõem três tipos de influência: traços de personalidade, eventos que ocorrem na vida e formas de adaptação. Os autores afirmam que o traço extroversão, que se contrapõe ao neuroticismo, tem enorme relevância no bem-estar subjectivo. Lu et al. (1997) mostram a relação existente entre extroversão, saúde mental, felicidade e bem-estar subjectivo,

afirmando ainda a existência de uma correlação negativa entre o neuroticismo e o bem-estar subjectivo.

Pesquisas realizadas por Chan e Joseph (2000) mostram uma outra distinção importante. Eles correlacionaram os traços de personalidade com o bem-estar subjectivo e encontraram uma correlação positiva entre eles, sendo a extroversão, por exemplo, um traço de personalidade relacionada com sentir mais emoções positivas/prazerosas e, o neuroticismo mais fortemente relacionado com sentir emoções negativas/desprazerosas. Entre outras coisas, os extrovertidos tendem a escolher actividades mais prazerosas participam de mais actividades sociais; emitem mais comportamentos não-verbais positivos, como sorrir, e verbais, como fazer mais perguntas, concordam e conversam mais (Argyle & Martin, 1991).

Os resultados encontrados neste estudo reflectem o enunciado pelos autores atrás referidos, pois verificou-se uma relação positiva entre a extroversão e o bem-estar subjectivo e uma relação negativa entre o neuroticismo e o bem-estar subjectivo.

Questão 4 - Será que existem relações entre os Traços de Personalidade e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Tendo como referência a variável idade, e referindo um estudo checo, os sujeitos mais novos tendiam a ser mais neuróticos que os mais velhos (Hrebickva, Cermak & Osecka, 2000). Tal tendência verificou-se também num estudo realizado em Portugal, onde Barros (1999), constatou que os alunos do secundário eram mais neuróticos que os universitários. Neste estudo com trabalhadores por turnos, os resultados encontrados vão no mesmo sentido,

pois a uma maior idade estavam associados valores mais elevados de extroversão. O mesmo se verificou relativamente ao número total de anos de trabalho, onde se verificou que quanto mais anos de trabalho, maior a extroversão. No entanto, percebeu-se que quanto maior a extroversão, menor o número de anos a trabalhar no actual regime de turnos e igualmente no número total de anos a trabalhar por turnos.

Quanto às variáveis tipo de pessoa 1, tipo de pessoa 2, dias de cama e saúde percebida, verificou-se uma coincidência quanto à literatura referida anteriormente, onde se percebe que os sujeitos com valores mais elevados de neuroticismo, tendem a sentir-se mais cansados, mais cedo que a maior parte das pessoas para o fim do dia, e que são do tipo de pessoa para quem é muito fácil adormecer em horas ou em locais pouco usuais. Da mesma forma se compreende à face da literatura que estes indivíduos passam mais dias de cama, sem trabalhar e que conseqüentemente apresentam uma pior percepção de saúde (Azevedo, 1980). Curiosamente na amostra em estudo, verificou-se uma relação positiva entre neuroticismo e satisfação com o trabalho.

Questão 5 - Será que existem diferenças nos Traços de Personalidade em função das Variáveis Demográficas Profissionais e de Doença?

Ao se tentar encontrar diferenças estatisticamente significativas nos traços de personalidade, tendo em conta as variáveis estudadas, constatou-se que apenas no estado civil se verificaram diferenças entre extroversão e neuroticismo. Mais concretamente, foram os sujeitos que referiram viver sem companheiro que apresentaram em média os valores mais

elevados de extroversão, podendo este facto levar a considerar a possibilidade da existência de crianças nos lares dos sujeitos a viver com companheiro.

De acordo com Anderson e Bremer (1987, cit. por Rotenberg, 2004a), ao se observarem aspectos da vida familiar em trabalhadores por turnos, pode-se pensar na influência que as crianças podem ter no descanso daqueles que precisam de dormir fora das horas normais. Segundo Rutenfranz et al. (1989, cit por Rotenberg, 2004a), sabe-se de longa data que o ruído das crianças prejudica em muito o sono diurno dos trabalhadores por turnos. É ainda importante mencionar o referido por Gadbois (1981) relativamente à presença de crianças em contexto familiar de trabalhadores por turnos, pois, para este autor é necessário ter em conta as actividades de cuidado a estas crianças, como a preparação de refeições, ou o ir levar ou buscar à escola, embora, obviamente, não se possa descartar o efeito adverso do ruído sobre o sono dos trabalhadores. Segundo Harma (1993), a possibilidade ou não de contar com instituições relacionadas com o cuidado dos filhos, é um factor fundamental nas comparações entre trabalhadores com e sem filhos em relação aos distúrbios do sono e queixas sobre a fadiga.

Questão 6 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e os Comportamentos de Saúde?

A motivação para o comportamento e concepção de saúde e de estilos de vida tem um papel expressivo na determinação da saúde individual. Assim, a concepção que o indivíduo tem sobre a saúde e os estilos de vida interfere com a forma como vai seleccionar e realizar os comportamentos relacionados (Lusk, Kerr & Baer, 1995). Os comportamentos relacionados

com a saúde podem ser vistos como o reflexo de determinadas condições de vida e a tentativa de lidar com elas e/ou modifica-las (Erben, Frazkowiak & Wenzel, 1992).

Neste estudo sobre trabalhadores por turnos, verificou-se uma associação entre o uso de drogas ou similares e a concepção de saúde geral e a concepção clínica de saúde. Neste domínio, inserem-se os hábitos tabágicos, de bebidas alcoólicas e de cafeína, o que parece estar enraizado nas sociedades industrializadas, não interferindo deste modo com a concepção de saúde que os sujeitos possam ter.

A nível comportamental, alguns estudos comparativos entre trabalhadores por turnos e trabalhadores diurnos, ao nível do consumo de tabaco, evidenciaram que os trabalhadores por turnos consumiam, de modo significativo, mais tabaco que os trabalhadores diurnos (Boggild e Knutsson, 1999). O estudo mais recente de Kivimäki e colaboradores (2001), encontrou também diferenças significativas entre ambos os grupos no consumo de tabaco e no excesso de peso, sendo estes maiores no caso das enfermeiras que trabalhavam por turnos, especialmente a partir dos 45 anos de idade.

Questão 7 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo?

Nesta análise evidenciou-se uma associação entre o conceito de realização de saúde e o bem-estar subjectivo, associação esta, que faz sentido, de acordo com Laffrey (1986, cit por Tapadinhas, 2001), pois para alguns indivíduos, este será um bem-estar exuberante, a capacidade de transcender o habitual e as situações de vida comuns, para atingir níveis superiores de bem-estar e humanidade. As pessoas que adoptam este conceito consideram então a saúde como o atingir da sua auto-realização e do mais elevado potencial.

Questão 8 - Será que existem relações entre a Concepção de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Evagelia et al. (2001, cit por Tapadinhas, 2001), afirmaram que existem estudos que analisam a forma como as pessoas definem a saúde, onde é possível verificar que esta é definida de forma diferente pelos diversos grupos da população e que os factores que influenciam a forma como definem saúde são de natureza individual, sócio-económico, demográfico e psicológico (Evagelia et al. 2001, cit por Tapadinhas, 2001).

Neste estudo, verificou-se que na amostra de trabalhadores por turnos, as variáveis total de anos no actual regime de turnos, total de anos a trabalhar por turnos, saúde e qualidade de vida percebidas, influenciaram de forma positiva a concepção de saúde em geral, o que poderá indiciar um ajustamento flexível às alterações circunstanciais com capacidade de adaptação ao stress (Tapadinhas, 2001).

Questão 9 - Será que existem diferenças na Concepção de Saúde em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

As condições sociais e económicas são determinantes de reconhecida importância ao nível da saúde (Ziglio, Levin & Bertinato, 1998, cit por Tapadinhas, 2001), sendo o nível de escolaridade e a profissão aspectos que permitem aceder às diferenças sócio-demográficas e que, de alguma forma, determinam as condições de habitação, o nível de rendimento e a classe social. Todavia neste estudo as variáveis que se revelaram mais significativas estatisticamente foram a existência de filhos, a religiosidade e a existência de doença crónica.

Quanto aos filhos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na concepção adaptativa, mais concretamente foram os sujeitos que referiram ter filhos que apresentaram em média os valores mais elevados neste domínio. Isto leva-nos a pensar que, independentemente de terem filhos, estes possivelmente podem ter mais tempo livre para dormir pelo facto de terem apoio do companheiro. Um aspecto a ter em conta nesta variável prende-se de facto com a presença e apoio do cônjuge, como comenta Nachreiner (1998), pois, o esforço deste para adequar os horários das refeições ao turnos do parceiro, adiar os serviços domésticos cujo ruído possa prejudicar o sono diurno e evitar o ruído de crianças de dia, é sem dúvida um aspecto favorável à tolerância a este sistema de trabalho. Todavia, parece-nos importante reflectir sobre o que afirma Borralho (2000), que dos problemas na, e com, a família fazem parte factos tão simples e banais como a necessidade que o trabalhador tem de dormir de dia, necessidade esta que implica condições ambientais apropriadas, como fazer-se silêncio e diminuir as condições de luminosidade. A verificação destas condições ambientais implica impreterivelmente uma restrição nos comportamentos dos restantes membros da família. Os efeitos do trabalho por turnos fazem-se sentir não só no próprio como

no seu cônjuge e também nos filhos. Nem sempre é possível gerir as dinâmicas familiares neste sentido.

Quanto à religiosidade, constatou-se a importância desta na concepção de saúde em geral e nos factores funcional, adaptativo e de realização. Foram então os indivíduos que referiram ser católicos que apresentaram os valores mais elevados nos factores de concepção de saúde enumerados, percebendo-se desta forma a evolução das investigações sobre esta temática.

Desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, que tem vindo a ser discutida extensamente, a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual de saúde, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de saúde da OMS para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença (WHO/MAS/ MHP/98.2).

Avaliando a literatura sobre significados e objectivos da religiosidade, Pargament e Park (1995), de forma inovadora em relação a posições de grandes teóricos como Freud e Marx, opõem-se ao pressuposto de que a religião teria a função apenas de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade. De acordo com os autores, há suporte empírico para as diversas funções da religião, tais como o alívio, o conforto e o consolo, procura de significado para problemas existenciais relevantes, procura de intimidade, procura da compreensão de si mesmo e procura do sagrado. Pargament e Park (1995) defendem ainda que a religião pode servir a diferentes propósitos de modo concomitante, pois as funções citadas não são excludentes. Nesta perspectiva, a religiosidade passa a ser concebida como parte do processo de solução de problemas e não como estratégia defensiva ou de evitamento.

Numa análise mais detalhada, Pargament et al. (1988) argumentaram que a religião pode assumir diferentes funções nos diversos estilos de solução de problemas que variam conforme a atribuição do locus de responsabilidade e do nível de participação da pessoa na resolução do problema.

No âmbito da promoção de saúde e da prevenção de doenças, Dull e Skokan (1995) afirmaram que as crenças religiosas tanto podem favorecer a adopção de comportamentos saudáveis, como a não adesão a práticas preventivas, devido ao desenvolvimento de optimismo irrealista relativo à protecção. No caso das doenças instaladas, os autores defendem que as crenças religiosas funcionam como mediadores cognitivos pela interpretação dos acontecimentos adversos de maneira positiva, o que pode favorecer a adaptação e o ajustamento das pessoas à sua condição de saúde.

Questão 10 - Será que existem relações entre os Comportamentos de Saúde e o Bem-Estar Subjectivo?

Ao se tentar perceber as relações entre comportamentos de saúde e bem-estar subjectivo, evidenciam-se neste estudo, duas associações positivas, nomeadamente entre os comportamentos de exercício físico e os de auto cuidado, com o bem-estar subjectivo, o que segundo Pate (1995), a actividade física regular é considerada uma componente importante para um estilo de vida saudável. Recentemente, essa constatação foi reforçada por novas evidências científicas de que a actividade física regular pode trazer benefícios para a saúde física e mental. Os cuidados com a saúde e a prática de actividades físicas actuam como mecanismos preventivos. A prática de actividades físicas assegura a maior independência,

autonomia e uma melhor condição de saúde, aumentando o nível de bem-estar, a crença de auto-eficácia e a capacidade do indivíduo de actuar sobre o meio ambiente ou sobre si mesmo (Vitta, 2000).

Tendo em conta os comportamentos de auto cuidado, menciona-se o atrás referido, pois segundo Booth-Kewley e Vickers (1994), este comportamento surge integrado na dimensão superior de comportamento de manutenção e melhoria de bem-estar.

Questão 11 - Será que existe relação entre os Comportamentos de Saúde e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Centrando-se esta questão nas possíveis associações entre comportamentos de saúde e as variáveis em estudo, verificou-se que os comportamentos de exercício físico influenciaram positivamente a saúde e a qualidade de vida percebidas. Segundo Buckworth e Dishman (2002), compreender a relação existente entre o exercício físico e os aspectos psicobiológicos tem sido tema central de alguns estudos e revisões.

Tendo como exemplo a relação entre exercício físico e sono, será importante referir que cerca de 20 a 40% da população mundial são acometidos por problemas relacionados ao sono, piorando a qualidade de vida, aumentando o risco de acidentes e diminuindo a produtividade no trabalho, entre outras consequências. Neste sentido foi comprovada e aceite a eficácia do exercício físico sobre o sono pela American Sleep Disorders Association como uma intervenção não-farmacológica para a melhoria do sono (ASDA, 1991). Segundo O'Connor e Youngstedt (1995), o sono de pessoas activas é melhor que o de pessoas

inactivas, com a hipótese de que um sono melhorado proporciona menos cansaço durante o dia seguinte e mais disposição para a prática de actividade física. Vuori et al. (1988) afirmam que o exercício físico melhora o sono da população em geral, principalmente de indivíduos sedentários.

Igualmente se constatou uma influência positiva entre os comportamentos de nutrição e comportamentos de segurança motorizada e as variáveis, idade e número de anos de trabalho, levando-nos estes dados a reflectir acerca da influencia da idade nos comportamentos ao volante, bem como nos hábitos alimentares.

Verificou-se também uma relação positiva entre os comportamentos de auto cuidado e o número de pessoas a cuidado e o número de anos de trabalho. Esta informação podernos-á fazer pensar sobre a adaptação ao trabalho por turnos, ou seja, parece que com o avançar no número de anos de experiência neste sistema de trabalho, se criam determinados comportamentos de auto cuidado, necessários a uma boa manutenção da saúde que permitam, não só uma melhor adaptação ao trabalho, mas igualmente uma melhor adaptação aos horários e necessidades da família.

Quanto às associações negativas, estas verificaram-se entre, o exercício físico e as variáveis, idade, número de filhos, número de anos de trabalho e o tipo de pessoa 2 e entre os comportamentos de nutrição e a variável, características do trabalho de manhã. Esta informação revela as dificuldades dos trabalhadores por turnos que têm filhos a cargo e que trabalhem neste sistema há algum tempo, uma vez que a gestão dos hábitos de sono nesta população, não permitem, ou dificultam a prática de exercício físico.

Igualmente se verificou uma relação negativa entre os comportamentos de auto cuidado e as variáveis, número de horas de trabalho por semana e tipo de pessoa 2. Igualmente e tal como referido anteriormente, os trabalhadores por turnos, ao terem que gerir os seus horários de sono e de lazer em concordância com o seu período de trabalho semanal, leva a que se verifiquem algumas dificuldades na adopção de comportamentos de auto cuidado.

Nos comportamentos de Segurança Motorizada constatou-se uma relação negativa com a variável, características do trabalho à tarde. Por fim, evidenciou-se uma associação também negativa entre o Uso de Drogas e o tipo de pessoa 1.

Questão 12 - Será que existem diferenças nos Comportamentos de Saúde em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Para as diferenças entre os comportamentos de saúde e as variáveis em questão, verificaram-se diferenças na existência de filhos, onde foram os sujeitos que referiram não ter filhos que apresentaram comportamentos de exercício físico, o que pode levar a pensar no tempo disponível nestes indivíduos para a prática de actividades desportivas, pelo facto de não terem filhos e conseqüentemente têm mais tempo livre para si.

Para a existência de doença crónica, registaram-se diferenças quanto aos comportamentos de nutrição, sendo os sujeitos que apresentaram doença crónica que referiram melhores comportamentos neste domínio, o que remete para a necessidade de uma alimentação equilibrada e controlada, como é o caso da diabetes.

Questões:

13 - Será que existem relações entre o Bem-Estar Subjectivo e as Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença? ; **14** - Será que existem diferenças no Bem-Estar Subjectivo em função das Variáveis Demográficas, Profissionais e de Doença?

Diversas investigações procuraram estudar a relação entre a idade, o género, o rendimento, o estado civil, a educação, entre outras e, o grau de bem-estar subjectivo experimentado pelos indivíduos. Apesar de nem sempre os resultados serem concordantes entre os diferentes estudos ao longo do tempo, num ponto parece existir um certo grau de consonância: estas variáveis parecem explicar uma percentagem relativamente diminuta da variância do bem-estar subjectivo (Diener, Oishi & Lucas, 2003, Seligman, 2004).

Neste estudo, apenas se verificaram relações entre as variáveis profissionais e de doença e o bem-estar subjectivo, sendo assim perceptível que as variáveis que influenciaram positivamente este conceito, foram o número de anos a trabalhar por turnos, o número de horas de trabalho por semana, o ritmo de trabalho do sujeito, as vantagens versus desvantagens do trabalho por turnos e, a saúde e qualidade de vida percebidas pelo sujeito. Posição inversa foi registada em relação às variáveis tipo de pessoa 1 e 2, onde se verificou que as dificuldades do sono influenciam negativamente o bem-estar subjectivo.

Quanto às diferenças no bem-estar subjectivo, em função das mesma variáveis atrás referidas, verificaram-se diferenças quanto à religiosidade e doença crónica. Relativamente à religiosidade, verificou-se que os católicos apresentaram valores mais elevados de bem-estar subjectivo, sendo então de referir o que mencionam Fehring, Miller e Shaw (1997) neste

domínio, ou seja, que a religiosidade pode ser um factor de protecção, estando relacionado a atitudes positivas de combate à doença ou apenas para a diminuição da ansiedade em momentos difíceis do quotidiano, tal como referem Fehring, Brennan & Keller (1987) num estudo com estudantes universitários, onde a religiosidade esteve associada à diminuição do risco de depressão e suicídio.

Para a existência de doença crónica, constatou-se que foram os sujeitos que não apresentavam doença crónica que obtiveram os valores mais elevados de bem-estar subjectivo, o que segundo Smith, Borchelt, Maier e Jopp (2002), as condições crónicas levam a uma diminuição do potencial dos indivíduos de experienciar o lado positivo da vida, ou seja, as doenças crónicas e as incapacidades consequentes podem afectar significativamente o bem-estar dos indivíduos.

Neste âmbito torna-se importante referir o papel importante das doenças crónicas na morbilidade e mortalidade da população, não sendo apenas característica da população mais idosa, já que também estas atingem os jovens em idade produtiva e os sujeitos em idade laboral. Deste modo tem-se tornado importante para o bem-estar, a avaliação da efectividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Esses parâmetros têm sido utilizados para analisar o impacto das doenças crónicas no quotidiano das pessoas e para isso, é necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, da repercussão de sintomas e da percepção individual de bem-estar (Machado, 2001).

V - Conclusão

O trabalho por turnos significa a aprendizagem de um novo estilo de vida para os trabalhadores que praticam este tipo de horário de trabalho, bem como para as suas famílias (Sousa, 2004). A adaptação ao trabalho por turnos leva o seu tempo. Há que lembrar também que a facilidade com que os indivíduos se ajustam ao estilo de vida do trabalho por turnos varia consideravelmente de pessoa para pessoa (Silva, 2000). As perturbações do sono são uma realidade presente na maioria dos trabalhadores por turnos, chegando a constituir um dos principais motivos de transferência para o trabalho diurno permanente (Aanonsen, 1959, 1964, cit. por Simões, 1999).

Silva (2000), afirma que a idade modifica a capacidade de tolerância ao trabalho por turnos e que o tempo de serviço varia na razão inversa com a qualidade do sono subjectivamente avaliada. O proposto por este autor parece ser contrariado pelos resultados obtidos neste estudo, uma vez que foram os vigilantes mais velhos que revelaram maiores valores de Extroversão, bem como uma maior flexibilidade nos hábitos de sono, contrariando do mesmo modo o que Minors e Waterhouse (1981) referem acerca desta variável, que com o avançar da idade há uma diminuição da duração total do sono, tal como da sua qualidade, estando então o envelhecimento associado a uma menor responsividade aos *Zeitgebers*, isto é, o envelhecimento parece estar associado a uma crescente rigidez dos relógios biológicos. Entretanto, estes resultados podem também levar a pensar que estes sujeitos poderão ter uma maior dificuldade em assumir as suas próprias limitações relativamente ao sono.

Segundo Harma (1993), o Neuroticismo pode ser um antecedente, mas também, uma consequência de uma pobre tolerância ao trabalho por turnos, daí advindo que o trabalho em

horários pouco convencionais pode induzir também modificações de Personalidade. Neste estudo, de igual modo também os resultados encontrados mostram a grande influência que o Neuroticismo tem neste sistema de trabalho. Também Lund (1974, cit. por Simões, 1999) refere existir uma relação entre dessincronização e elevadas pontuações na dimensão Neuroticismo, isto é, se por um lado o Neuroticismo é preditor do grau de intolerância ao trabalho por turnos, o processo de adaptação ao trabalho por turnos poderá igualmente acarretar modificações no Neuroticismo, num ciclo vicioso que poderá ser benéfico ou não para os indivíduos.

Pelo facto de ao nível das características de Personalidade não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas em várias análises feitas no nosso estudo, permitenos reflectir acerca dos resultados obtidos por outros autores nos seus estudos. Assim Simões (1999) num estudo realizado com Médicos obteve um resultado idêntico relativamente às características de Personalidade. Também Estaca (1997) referiu ter encontrado os mesmos resultados no seu estudo realizado com trabalhadores da Indústria Química. As amostras utilizadas nos referidos estudos, permitem-nos perceber que estas têm em comum a mesma actividade profissional e uma experiência prévia com a actividade profissional em questão. Deste modo, podemos reflectir sobre a comparação entre indivíduos que tenham a mesma actividade profissional relativamente às características de Personalidade.

O Inventário de Personalidade de Eysenck permite identificar as dimensões Neuroticismo e Extroversão, como sendo duas das componentes essenciais da estrutura da Personalidade, no entanto é possível constatar que alguns investigadores referem a carência de outras dimensões no estudo da Personalidade. Neste âmbito, Lima (1997, cit. por Gonzalez, 2003), refere o Modelo dos Cinco Factores de Personalidade, como sendo uma representação

da estrutura da Personalidade em termos de cinco dimensões básicas: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Conscienciosidade e Amabilidade, sendo cada uma delas designada a partir de um traço geral que abarca o tema semântico compartilhado pelos traços que a constituem. Também McCrae e John (1994, cit. por Gonzalez, 2003) afirmam que este modelo permite que em estudos sobre o poder preditivo dos Traços de Personalidade, os próprios resultados nulos sejam informativos, pois se nenhuma das dimensões estiver relacionada com o critério, poderá significar a altura de abandonar a procura por preditores de Personalidade.

A literatura que trata de condições de trabalho *versus* bem-estar do trabalhador tem apontado relações significativas entre ambiguidade e conflito entre os papéis organizacionais com reacções afectivas - satisfação no trabalho, tensão/ansiedade, comprometimento e envolvimento, entre padrões de comportamento das chefias e irritação dos subordinados, bem como entre processo de privatização, satisfação e bem-estar dos empregados (Nelson, Cooper & Jackson, 1995).

A abordagem sobre a singularidade da relação pessoa *versus* trabalho, sob a perspectiva do bem-estar, é bem mais complexa do que se constata num primeiro momento, já que envolvem emoções, sentimentos, estados de ânimo e processos cognitivos relacionados a ela, na medida em que as pessoas fazem um julgamento cognitivo a respeito da satisfação que possuem das suas vidas. Diener (1984) identificou que também há um aspecto emocional atrelado ao bem-estar, que consiste em componentes de afecto positivo e componentes de afecto negativo. Estes componentes afectivos representam dimensões amplas, subjacentes de emoções básicas que, constantemente, emergem de questões adversas da própria vida das pessoas ou, até mesmo, como resultado do tipo de cultura onde as pessoas vivem.

A Qualidade de Vida tem vindo a ser uma das maiores preocupações do homem moderno, como também as condições externas e os mecanismos internos que promovem o BES. Assim, os estudos sobre o BES podem ser tidos como fontes de informação que contribuem para políticas públicas, auxiliando outros índices de bem-estar. O BES é uma ampla categoria de respostas cognitivas e emocionais sobre a satisfação com a vida de um indivíduo, e pode vir a ter, como um de seus preditores, os valores humanos. Neste estudo, pôde-se verificar que os estudantes de uma universidade pública da Paraíba tendem a adotar um padrão valorativo central, ou seja, que engloba valores pessoais (individuais) e sociais (colectivos). Entretanto, esse critério valorativo não pôde predizer o BES, uma vez que supõe-se que os valores só predizem o BES quando são vistos isoladamente (pessoais e sociais). Isto é, o bem-estar desses jovens só pode ser explicado, ainda que subtilmente, quando se priorizam o individual ou o social. Neste sentido, os critérios valorativos pessoal e social, nesta pesquisa, tendem a predizer de maneira ténue o bem-estar subjectivo vivenciado por estes jovens, enquanto o critério central não prediz esse constructo. Outras pesquisas devem ser realizadas para verificar se estes resultados se devem a aspectos do instrumento ou do próprio constructo.

Os resultados encontrados neste estudo levam-nos a considerar o que Froberg (1981, cit. por Fischer, 2004) afirma quanto às questões metodológicas que envolvem o estudo do trabalho por turnos, chamando assim à atenção para o “efeito do trabalhador sadio” nos resultados das investigações. Este efeito traria dificuldades na interpretação dos resultados, pelo facto de os trabalhadores representarem um grupo de pessoas que foram capazes de se adaptar aos esquemas de trabalho por turnos. Aqueles trabalhadores que apresentavam problemas de saúde ou questões de cunho socio-familiar mais graves e difíceis de serem contornadas já teriam deixado o trabalho e, nestes casos, as comparações entre trabalhadores

por turnos fixos e turnos rotativos, podem levar a resultados enganosos. Segundo Fischer (2004), é muito difícil, senão quase impossível, avaliar-se de forma correcta os problemas enfrentados pelos trabalhadores, assim como estudar os efeitos que são causados pelo trabalho por turnos, nas empresas com grande rotatividade da sua força de trabalho, como é o caso da empresa representada neste estudo. Em empresas que adoptam políticas de elevada rotatividade, os sobreviventes das demissões certamente representarão uma parcela de pessoas que está longe de ser considerada um padrão. Estes factos podem reforçar os efeitos do “trabalhador sadio” (Fischer, 2004).

Conscientes das limitações que o nosso estudo suscita, pensamos que os resultados que obtivemos possibilitarão o avanço para investigações de carácter mais experimental no terreno, sendo interessante investigar as relações entre o trabalho por turnos e a perturbação do sono, a fadiga crónica, a perturbação da saúde física; gastrointestinal e cardiovascular e a perturbação da saúde mental. Esperamos que o nosso trabalho possa contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção no trabalho por turnos, visando o bem-estar físico, psicológico e social dos trabalhadores por turnos e contribuindo também para a melhoria da higiene e segurança no trabalho.

Referências

- Akerman, M.; Mendes, R. & Bógus, C. M. (2004). É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3), 605-613.
- Albuquerque, I. & Lima, M., P. (2007). *Personalidade e Bem-Estar Subjectivo: Uma abordagem com os projectos pessoais*. Consultado em 24 de Julho Maio de 2008 através de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0373.pdf>.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6º ed.). Nova Iorque: Macmillan Publishing Company.
- American Sleep Disorders Association. (1991). *The international classification of sleep disorders (diagnostic and coding manual)*. Kansas: DCSC.
- Assis, M. A. A. & Moreno, C. R. C. (2004). Nutrição entre trabalhadores em turnos e noturno. In Fischer, F. M.; Moreno, C. R. & Rotenberg, L., *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu.
- Assunção, A. A. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saude Colectiva*, 8(4), 1005-1018.
- Azevedo, M. (1980). *Efeitos psicológicos do trabalho por turnos em mulheres*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Baker, S. & Baar, K. (2001). *The Circadian prescription*. New York: Perigee.

- Barros, J. (1999). Neuroticismo: teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (1), 129-144.
- Barton, J.; Spelten, E.; Totterdell, P.; Sminth, L.; Folkard, S. & Costa, G. (1995). The standard shiftwork index: a battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Work & Stress*, 9(1), 4-30.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. London: Allyn and Bacon.
- Blyton, P., Hassard, J., Hill, S., & Starkey, K. (1992). *Time, work and organization* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Boggild, H., & Knutsson, A. (1999). Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 25 (2), 85-99.
- Bohle, P.; Fischer, F. M.; Rotenberg, L. & Moreno, C. R. C. (2004). Equity, diversity and working hours: Challenges and solutions. *Revista de Saúde Pública*, 38, 1-2.
- Boisard, P., Cartron, D., Gollac, M., & Valeyre, A. (2003). *Time and work: Duration of work*. Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Booth-Kewley, S. & Vickers, R. R. (1994). Associations between major domains of personality and health behaviour. *Journal of Personality*, 62, (3), 281-298.

- Borrvalho, P. M. L. (2000). *Estudo padronizado do trabalho por turnos em agentes da P.S.P.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra.
- Botelho, T. (1999) *Personalidade materna e prematuridade*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia. Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.
- Brookings, J. B. & Wilson, J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 313-326.
- Bryman, A. & Duncam, C. (2001). Quantitative data analysis with SPSS Release 10 for Windows. Philadelphia: Routledge.
- Buckworth, J. & Dishman, R., K. (2002). *Exercise psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Carskadon, M. & Dement, W. (1989). Quantification of behavioral state. *Neuroscience and Behavioral Review*, 11, 307-317.
- Cervone, D. (1991). The two disciplines of personality psychology. *Psychological Science*, 2, 371-377.
- Chan, R. & Joseph, S. (2000). Dimensions of personality, domains of aspiration, and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 28, 347-354.
- Código do Trabalho aprovado pelo Decreto - Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto.

- Coelho, M. T. A. D. & Almeida-Filho, N. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde*, 9(2), 315-333.
- Cole, R. J., Loving, R. T., & Kripke, D. F. (1990). Psychiatric aspects of shiftwork. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 5(2), 301-314.
- Comperatore, C. & Krueger, G. (1990). Circadian rhythms desynchronization, jet lag. Shift lag, and coping strategies. *Occupational Medicine: State of the art Reviews*, 5(2), 323-341.
- Costa, G., Apostoli, P., d'Andrea, F., & Gaffuri, E. (1981). Gastrointestinal and neurotic disorders in textile shift workers. In A. Reinberg, N. Vieux & P. Andlauer (Eds.), *Night and shift work: Biological and social aspects* (pp. 215-221). Oxford: Pergamon Press.
- Costa, P., & McCrae, R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa, L. M. & Pereira, C. A. A. (2007). Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 72-80.
- Costa, G. & Pokorski, J. (2000). Effects on health and medical surveillance of shiftworkers. In Marek, T.; Oginska, H.; Pokorski, J.; Costa, G. & S. Folkard (Eds.), *Shiftwork 2000: Implications for science, practice and business*, 71-98. Institute of Management, Jagiellonian University, Krakow.

- Costa, G., Åkerstedt, T., Nachreiner, F., Baltieri, F., Carvalhais, J., Folkard, S., et al. (2004). Flexible working hours, health, and well-being in Europe: Some considerations from a SALTSA Project. *Chronobiology International*, 21(6), 831- 844.
- Costa, G. (2004). Saúde e trabalho em turnos e noturno. In Fischer, F. M.; Moreno, C. R. & Rotenberg, L. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu.
- Cox R. H. (1994). *Sport Psychology: concepts and applications*. Dubuque: Brown & Enchmark.
- Cruz, A. (2003). *Trabalho por turnos*. Coimbra: Quarteto.
- Dantas, A. C. G. (2006). Personalidade, estilos de atribuição e habilidades sociais em adolescentes. *Ciências & Cognição*, 3(7), 14-26.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 119-139). New York: Pergamon.
- Dienir, E.; Suh, E. M.; Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

- Diener, E.; Oishi, S.; & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Dull, V., T. & Skokan, L., A. (1995). A cognitive model of religion's influence on health . *Journal of Social Issues*, 51, 49-64.
- Erben, R.; Franzkowiak, P. & Wenzel, E. (1992). *Assessment of the outcomes of health intervention*. Paper presented to the twelfth International Conference on the Social Sciences of Medicine, 14-18 September, Scotland: International Conference.
- Escriba-Aguir, V. (1992). Horarios de trabajo: repercusiones sobre la salud. *Revista Role Enfermerie*, 169, 61-65.
- Ettner & Grzywacz, J. (2001). Workers perceptions of how jobs affect health: A social ecological perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(2), 101-113.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality*. London: Methuen.
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. In Pervin, L. A. (ed.), *Handbook of personality: Theory and research*, 244-276.
- Fehring, R.; Brennan, P. & Keller, M. (1987). Psychological and spiritual well-being in college students. *Research Nursing Health*; 10, 391-398.

- Fehring, R.; Miller, J. & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states on elderly people with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 663-671.
- Fernandez Seara, J.L. (1978). Psychology of the automobile driver: Personality factors of drivers with multiple accidents. *Revista de Psicologia General y Aplicada*, 33 (151), 217-228.
- Fischer, F. M. (2004a). Fatores individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho por turnos. In Fischer, F. M.; Moreno, C. R. & Rotenberg, L. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu.
- Fischer, F. M. (2004b). As demandas da sociedade atual. Aspectos históricos do desenvolvimento do trabalho em turnos no mundo. Conceitos, escalas de trabalho, legislação brasileira. In Fischer, F. M.; Moreno, C. R. & Rotenberg, L. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu.
- Fischer, F. M.; Lieber, R. R. & Brown, F. M. (1995). Trabalhando em turnos e as relações com a saúde e doença. In: Mendes, R. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Folkard, S. (1992). Is there a best compromise shift system?. *Ergonomics*, 35(12), 1453-1463.
- Gadbois, C. (1981). Women on night shift: independence of sleep and off-the-job activities. In: Reinberg, A.; Vieux, N. & Andlauer, P. (eds.) *Night and Shift work. Biological and social aspects*. Oxford: Pergamon Press.

- Galinha, I. C. & Ribeiro, J. L. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 209-218.
- Gartner, J.; Horwein, K. & Janke, M. (2004). Técnicas para o gerenciamento de escalas de trabalho. In Fischer, F. M., Moreno, C. R. & Rotenberg, L. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu.
- Gaspar, A. (1996). *Comportamento e atribuição de personalidade – Estudo em Chimpanzés comuns*. Dissertação de Mestrado em Etologia. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gonzalez, B. (2003). *Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gouveia, J. P. (1982). Relação entre personalidade e ansiedade. *Psiquiatria Clínica*, 3(1), 7-10.
- Hall, C. S.; Lindzey, G. & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Harma, M. (1993). Individual differences in tolerance to shiftwork: a review. *Ergonomics*, 36, 101-109.

- Harma, M. (1996). Ageing, physical fitness and shiftwork tolerance. *Applied Ergonomics*, 27,(1), 25-29.
- Heidmann, I. T. S. B.; Almeida, M. C. P. ; Eggert, A. B.; Wosny, A. M. & Monticelli, M. (2006). Promoção de saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 352-358.
- Hernandez-Ardieta IP, Lopez J. C., Dolores M, Ruiz, E. J. G. (2002). Personalidad, diferencias individuales y ejecución deportiva (pp. 105-123). In: AO Zafra, HJ Ruiz, GN Garcia (Coords). *Manual de Psicología del Deporte*. Murcia: DM.
- Hewitt, P. (1993). *About time: The revolution in work and family life*. London: Rivers Oram Press.
- Hrebickva, M., Cermak, I., & Osecka, L. (2000). Development of personality structure from adolescence to old age: Preliminary findings. *Studia Psychologica*, 42 (3), 163-166.
- Imbernon, E.; Warrett, G.; Roit, C.; Chastang, J. F. & Goldberg, M. (1993). Effect on health and social well-being of on-call shifts. *Journal of Occupational Medicine*, 35(11), 1131-1137.
- Junior, J., C., F. & Lopes, A. S. (2004). Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescents. *Revista Brasileira Ciencia e Movimento*, 12(1), 7-12.
- Kalleberg, A., L. (2000). Nonstandard employment relations: Part-time, temporary and contract work. *Annual Review of Sociology*, 26, 341-365.

- Kivimäki, M., Kuisma, P., Virtanen, M., & Elovainio, M. (2001). Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work. *Work & Stress*, 15(1), 3-13.
- Knauth, P. (2004). Modelos e tendências de jornadas de trabalho flexíveis em setores de produção e serviços: o caso da Europa. In Fischer, F. M., Moreno, C. R. & Rotenberg, L. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu.
- Kurtz, M. E.; Wyatt, G. & Kurtz, J. C. (1995). Psychological and sexual well being, philosophical spiritual views, and health habits of long-term cancer survivors. *Health Care for Women International*, 16(3), 253-262.
- Lu, L. & Shih, J. B. (1997). Personality and happiness: is mental health a mediator? *Personality, individual differences*, 22(2), 249-256.
- Lu, L. & Shih, J. B.; Lin, Y. Y. & Ju, L. S. (1997). Personal and environmental correlates of happiness. *Personality, individual difference*,. 23(3), 453-462.
- Lusk, S.; Kerr, M. J. & Baer, L. M. (1995). Psychometric Testing of the Reduced Laffrey Health Scale. *American Journal of Health promotion*, 9(3), 220-224.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63(3), 365-393.
- Machado, L. R. C. (2001). *A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: entre o inevitável e o casual*. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP.

- Maltby, J., Lewis, C., & Hill, A. (1998). Oral pessimism and depressive symptoms: A comparison with other correlates of depression. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 195-200.
- Marcondes, W. B.; Rotenberg, L.; Portela, L. F. & Moreno, C. R. C. (2003). O peso do trabalho leve feminino à saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 91-101.
- Maroco, J. (2001). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, R.; Azevedo, M. & Silva, C. (1996). Questionário compósito de matutividade para medição do tipo diurno: caracterização psicometrica. *Psiquiatria Clínica*, 17(2), 115-121.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.
- Matarazzo, J. D. & Leckliter, I. N. (1988). Behavioral health: the role of good and bad habits in health and illness. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares and I. G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology*, (pp.3-19). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Matos, M. G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): 449-462.

- Matos, A. P. S. & Albuquerque, C. M. S. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647-663.
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.
- Minors, D. & Waterhouse, J. (1981). *Circadian rhythms and the human*. Bristol: John Wright & Sons, Ltd.
- Moreno, C. R. C. & Louzada, F. M. (2004). What happens to the body when one Works at night?. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1739-1745.
- Moreno, C. R. C.; Fischer, F. M. & Rotenberg, L. (2003). A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1), 34-46.
- Moreno, C. R. C.; Rotenberg, L.; Louzada, F. M. & Menna-Barreto, L. (2000). Two sleep patterns in night workers. In: Hornberger, S., et al. (Eds.). *Shiftwork in the 21th Century- Challenges for Research and Practice*. Frankfurt: Lang.
- O'Connor, P., J. & Youngstedt, S., D. (1995). Influence of exercise on human sleep. *Exercise Sport Science Review*, 23, 105-34.
- Oliveira, D. L. (2005). A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(3), 423-431.

Palenzuela, D. P. & Barros, A. M. (1993). *Modern trends in personality theory and research*.

Porto: APPORT.

Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W.

(1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.

Pargament, K. I., & Park, C. L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, 51, 13-22.

Pate, R. R. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of American Medical Association*, 273(5), 402-407.

Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da Mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.

Pereira, A. (2004). *Guia prático de utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2001). *Análise de dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Ponciano, E. (1981). Dimensões da personalidade e ajustamento no trabalho. *Psiquiatria Clínica*, 2(3), 181-185.

- Queirós, A. (2000). *Avaliação do efeito do trabalho por turnos na variação circadiana de frequência cardíaca e tensão arterial*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Humana. Braga: Universidade do Minho.
- Reilly T.; Williams, A. M. & Nevill, A. (2000). A multidisciplinary approach to talent identification in soccer. *Journal Sports Science*, 18(9), 695-702.
- Reis, R. M. G. (2004). *Os feitos da idade no sono, estado de alerta e sonolencia e fadiga crónica em agentes da Policia de Segurança Publica da região da Grande Lisboa*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção de doenças.
- Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rodrigues, D. M. & Pereira, C. A. A. (2007). A percepção de controle como fonte de bem-estar. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7(3), 181-196.
- Rotenberg, L. (2004a). Aspectos sociais da tolerância ao trabalho por turnos e noturno, com ênfase nas questões relacionadas ao género. In Fischer, F. M.; Moreno, C. R. & Rotenberg, L. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu.

- Rotenberg, L. (2004b). Medidas de intervenção: abordando a questão do lado dos trabalhadores, empresas e usuários. In Fischer, F. M.; Moreno, C. R. & Rotenberg, L. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu.
- Rotenberg, L.; Portela, L. F.; Marcondes, W. B.; Moreno, C. & Nascimento, C. P. (2001). Género e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3), 639-649.
- Samulski DM (2002). *Psicologia do esporte: teoria e aplicação prática*. Barueri: Manole.
- Santos, R. J. C. (2003). *Trabalho por turnos e capacidade laboral: variáveis psicológicas e cronobiológicas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra.
- Serra, A. V.; Ponciano, E. & Freitas, J. F. (1980). Resultados da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 127-132.
- Schabracq, M. J., & Cooper, C. L. (2000). The changing nature of work and stress. *Journal of Managerial Psychology*, 15(3), 227-241.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica. Usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro. Objectiva.

- Silva, C. (1994). *Distúrbios de sono em trabalhadores por turnos. Factores psicológicos e cronobiológicos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra.
- Silva, C. F. (2000). *Distúrbios de sono do trabalho por turnos. Factores psicológicos e cronobiológicos*. Braga: Universidade do Minho.
- Silva, C.; Azevedo, M. & Dias, M. (1995). Cronobiologia e avaliação psicológica: estudo do Trabalho por Turnos. *Avaliação Psicológica*, 3, 35-42.
- Silva, R., S.; Schlottfeldt, C., G.; Rozenberg, M., P.; Santos, M., T. & Lelé, A., J. (2007). Replicabilidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores em medidas da personalidade. *Mosaico: estudos em psicologia*, 1(1), 37-49.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, M. A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 6(2), 243-279.
- Smith, J.; Borchelt, M.; Maier, H. & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732.
- Snel, J. & Twisk, J. (2001). Assessment of a life style. En Vingerhoets (Ed.). *Assessment in behavioral Medicine*, 245-275. Nova York: Brunner-Routledge.
- Sousa, M. L. A. (2004). *Efeitos do trabalho por turnos*. Tese de Mestrado em Engenharia Humana. Braga: Universidade do Minho.

- Stephoe, A. Wardle, J. Vinck, J. Tuomisto, M. Holte, A. & Wichstrom, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of health and unhealthy lifestyles in young adults. *Personality and Health*, 9, 331-343.
- Suls, J. & Rittenhouse, J. (1987). Personality and Physical Health: Na Introduction. *Journal of Personality*, 55(2), 155-167.
- Tapadinhas, A. R. (2001). *Saúde, que concepções e vivência: um estudo exploratório na zona da Grande Lisboa*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Theorell, T. (1992). The psycho-social environment stress and coronary heart disease. In Marmott, M.; Elliott, P. (Eds). *Coronay Heart Disease Epidemiology*. Oxford University Press, 256-273.
- Thierry, H., & Jansen, B. (1998). Work time and behaviour at work. In P. J. D. Drenth, H. Thierry & C. J. de Wolff (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology* (Vol. 2: Work Psychology) (2nd ed., pp. 89-119). East Sussex: Psychology Press.
- Trigo, M. (2000). Modelos em saúde: perspective critica sobre as origens e a história. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(2), 5-22.
- Vitta, A. (2000). Atividade física e bem-estar na velhice. In: Neri, A. L.; Freire, S. A. (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus.
- Vuori, I.; Urponen, H.; Hasan, J.& Partinen, M. (1988). Epidemiology of exercise effects on sleep. *Acta Physiology Scandinavian*, 574, 3-7.

- Wagner, J. (1984). *Shiftwork and mining an overview of history and development*. Bureau of Mines, Twin Cities Research Center, Minneapolis.
- Wedderburn, A. (2000) (Ed.). *Shiftwork and health. European Studies on Time*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Weinberg RS, Gould D (1995). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- White, L., Keith, B. (1990). The effect of shift work on the quality and stability of marital relations. *Journal of Marriage and the Family*, 52(2), 453-462.
- Williams A. M. & Reilly T. (2000). Talent identification in soccer. *Journal of Sports Science* 18, 657-667.
- Wong, P. T. P. & Fry, P. S. (Eds.). (1998). *The human quest for meaning: a handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- World Health Organization (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases : report of a joint WHO/FAO expert consultation.
- World Health Organization (1986). The Ottawa charter for health promotion. Geneve.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) -report on WHO Consultation*. Geneva; (WHO/MSA/MHP/98 (2), 2-23).

Anexos

Anexo A - Questionário Sócio-demográfico

ESTUDO DE TRABALHADORES POR TURNOS

Caro colaborador,

Sou Psicólogo Clínico a exercer na região da Grande Lisboa e pretendo desenvolver uma investigação sobre Personalidade e Saúde em trabalhadores por turnos, nomeadamente na área da Segurança Privada. Este estudo visa a realização de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob a orientação do Professor Doutor Pais Ribeiro.

Nas páginas seguintes encontrará uma série de questões, umas sobre a sua experiência de Trabalho por Turnos e, outras relacionadas com a Saúde, a que lhe pedimos que responda o melhor que poder, a fim de que os resultados obtidos sejam úteis na compreensão dos efeitos neste tipo de trabalho.

Queira notar que as informações que fornece ao responder a este questionário são absolutamente confidenciais. Nenhuma pessoa que responda ao questionário será identificada mesmo quando forem divulgados os resultados dos estudos efectuados com este questionário. Só estamos interessados na informação e nos resultados de grandes grupos de trabalhadores por turnos, não nos resultados individuais.

É possível que ao completar este questionário preste maior atenção a problemas que sente estarem relacionados com o Trabalho por Turnos. Se ficar preocupado e a pensar que possam ser problemas graves, aconselhamo-lo a consultar o seu médico de família.

Para qualquer esclarecimento não hesite em entrar em contacto comigo, através do número de telefone xxxxxxxxx.

Muito obrigado pela sua colaboração,

Carlos Spencer

DADOS INDIVIDUAIS

Por favor, responda às questões que se seguem com a maior exactidão possível. Lembre-se que a informação que nos der é **estritamente confidencial**.

Idade: _____

Em que Localidade e Concelho reside: _____

O seu Estado Civil actual?

1. Solteiro(a)	4. Separado(a)
2. Casado(a)	5. Viúvo(a)
3. Divorciado(a)	6. Outro (especifique) _____

Tem Filhos? 1. Sim Quantos? _____
 2. Não

Quantas pessoas vivem em sua casa que precisam que cuide delas? _____

Qual a sua preferência religiosa?

1. Católica	4. Muçulmana
2. Protestante	5. Nenhuma
3. Judia	6. Outra (especifique) _____

Qual o último ano de escolaridade que concluiu? _____

Ao todo, há quanto tempo trabalha? _____ anos.

Há quanto tempo trabalha no actual regime de turnos? _____ anos _____ meses.

Ao todo, há quanto tempo anda a trabalhar por turnos? _____ anos _____ meses.

Quantas horas trabalha **actualmente** por semana (incluindo horas extraordinárias)?
_____ horas _____ minutos.

Características do trabalho

(responda a cada uma das questões colocando um círculo na resposta apropriada)

Por favor, indique a sua carga de trabalho nos seus diferentes turnos:

	Muitíssimo Leve	Muito leve	Mais ou menos a mesma coisa	Muito pesado	Muitíssimo pesado
No turno da manhã	1	2	3	4	5
No turno da tarde	1	2	3	4	5
No turno da noite	1	2	3	4	5

	Inteira- mente fora do meu controle	De algum modo fora do meu controle	Entre uma coisa e outra	De algum modo sob o meu controle	Inteira- mente sob o meu controle
O ritmo do trabalho que faço está:	1	2	3	4	5

Tipo de pessoa que é

Acha que é o tipo de pessoa que se sente no seu melhor logo cedo pela manhã, e tende a sentir-se cansado mais cedo que a maior parte das pessoas para o fim do dia?

Sem dúvida que não	Provavelmente não	Talvez	Provavelmente que sim	Sem dúvida que sim
1	2	3	4	5

Acha que é o tipo de pessoa para quem é muito fácil adormecer em horas ou em locais pouco usuais?

Sem dúvida que não	Provavelmente não	Talvez	Provavelmente que sim	Sem dúvida que sim
1	2	3	4	5

Acha que no geral as vantagens do seu regime de turnos pesam mais que as desvantagens?

Sem dúvida que não	Provavelmente não	Talvez	Provavelmente que sim	Sem dúvida que sim
1	2	3	4	5

As questões que se seguem dizem respeito à **satisfação geral com o trabalho**.

	Discordo completamente	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo completamente
a) No geral, estou muito satisfeito com este trabalho	1	2	3	4	5	6	7
b) Penso frequentemente em abandonar este trabalho	1	2	3	4	5	6	7
c) No geral, sinto-me satisfeito com o tipo de trabalho que faço	1	2	3	4	5	6	7
d) A maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se muito satisfeitas com o trabalho que fazem	1	2	3	4	5	6	7
e) As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo	1	2	3	4	5	6	7

Sofre de alguma Doença Crónica 1. Sim

(por exemplo: Diabetes, Hipertensão, ou outras)? 2. Não

Se **SIM** diga qual (ou quais) _____

No ano passado, quantos dias esteve doente? _____

No ano passado, quantos dias esteve sem trabalhar por causa de uma doença? _____

No ano passado, quantos dias esteve de cama? _____

Com que frequência costuma ir ao médico? _____

Como classificaria a sua Saúde em geral durante a última semana?

Péssima						Ótima
1	2	3	4	5	6	7

Como classificaria a sua Qualidade de Vida na última semana?

Péssima						Ótima
1	2	3	4	5	6	7

Anexo B - Inventário de Personalidade de Eysenck

A seguir estão algumas perguntas que dizem respeito ao modo como reage, sente e actua. Para cada uma das questões procure indicar

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
a) Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1	2	3	4
b) O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
c) É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
d) Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
e) Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
f) Quando se aborrece precisa de alguém amigo para conversar?	1	2	3	4
g) Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
h) É perturbado por sentimentos de culpa?	1	2	3	4
i) Vai e diverte-se muito numa festa animada?	1	2	3	4
j) Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	1	2	3	4
k) Gosta de pregar partidas?	1	2	3	4
l) Sofre de insónia?	1	2	3	4

Anexo C- Escala de Concepção de Saúde de Laffrey

A seguir são apresentadas algumas afirmações relacionadas com a forma como as pessoas consideram o que é ter Saúde. Gostaríamos de saber em que medida concorda ou discorda com cada uma delas. Ter saúde é:

	Discordo Completamente				Concordo Completamente	
	1	2	3	4	5	6
1. Desempenhar as minhas responsabilidades como esposo(a), criança, amigo(a), trabalhador(a), etc..	1	2	3	4	5	6
2. Ser capaz de mudar e ajustar-me às exigências do meio ambiente.	1	2	3	4	5	6
3. Não ter incapacidades físicas ou mentais.	1	2	3	4	5	6
4. Fazer o máximo que sou capaz.	1	2	3	4	5	6
5. Estar livre de sintomas de doença.	1	2	3	4	5	6
6. Adaptar às coisas tal como elas são.	1	2	3	4	5	6
7. Ser capaz de funcionar conforme o esperado.	1	2	3	4	5	6
8. Viver no nível máximo.	1	2	3	4	5	6
9. Não precisar de comprimidos por estar ou sentir-me doente.	1	2	3	4	5	6
10. Conseguir lidar com acontecimentos stressantes.	1	2	3	4	5	6
11. Não me ir abaixo quando estou com o stress habitual.	1	2	3	4	5	6
12. Concretizar a minha maior e mais elevada aspiração.	1	2	3	4	5	6
13. Sentir-me bem – estar na maior.	1	2	3	4	5	6
14. Não precisar de medicamentos.	1	2	3	4	5	6
15. Sentir que o funcionamento da minha mente e do meu corpo estão no nível mais alto.	1	2	3	4	5	6
16. Ajustar-me às mudanças do dia-a dia.	1	2	3	4	5	6
17. Viver de forma criativa até ao máximo.	1	2	3	4	5	6
18. Adoptar um normal funcionamento na minha vida diária.	1	2	3	4	5	6
19. Conseguir lidar com as mudanças do meu meio ambiente.	1	2	3	4	5	6
20. Não ter de ser seguido(a) pelos cuidados médicos devido a doença.	1	2	3	4	5	6
21. Ser capaz de fazer o que preciso de fazer.	1	2	3	4	5	6
22. Ter um desempenho no nível que é previsto.	1	2	3	4	5	6
23. Adaptar-me às mudanças do meio ambiente.	1	2	3	4	5	6
24. Encarar o dia com prazer e entusiasmo.	1	2	3	4	5	6

	Discordo Completamente				Concordo Completamente	
	1	2	3	4	5	6
25. Conseguir realizar bem as minhas tarefas diárias.	1	2	3	4	5	6
26. Não precisar de ir ao médico.	1	2	3	4	5	6
27. Fazer todas as tarefas diárias.	1	2	3	4	5	6
28. Não estar doente.	1	2	3	4	5	6

Anexo D – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Nesta secção pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia, em diversas áreas que parecem estar associadas à Saúde.

Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A- Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B- Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C- Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D- Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E- Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1-Faço Exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	A	B	C	D	E
2-Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
3-Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p.ex. Corrida, ténis, natação, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
4-Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
5- Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
6-Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
7-Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
8-Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
9-Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
10-Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
11-Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E
12-Vou anualmente ao médico fazer um check-up	A	B	C	D	E
13-Não conduzo quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
14-Quando conduzo, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	A	B	C	D	E
15-Quando viajo de carro coloco o	A	B	C	D	E

cinto de segurança					
16-Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
17-Evito fumar	A	B	C	D	E
18-Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
19-Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína, evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	A	B	C	D	E
20-Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros)	A	B	C	D	E
21-Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
22-Evito ingerir alimentos que são feitos à base açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc)	A	B	C	D	E
23-Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	A	B	C	D	E
24-Evito os ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
25-Evito os ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
26-Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
27-Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	A	B	C	D	E
28-Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E

Anexo E – Escala de Bem-Estar Pessoal

