



A Influência de Características de Trabalho na Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental^{a)}

The Influence of Work Characteristics in the Quality of Life of Mental Health Professionals

Andreia Paula*[✉], Rui Pimenta*

RESUMO:

Introdução: Os profissionais da área de saúde mental são o principal instrumento de intervenção nesta área considerada prioritária em Saúde Pública e estão sujeitos a desgaste emocional e *stress*, que podem afetar negativamente a sua qualidade de vida.

Objetivos: Com este estudo pretende-se avaliar a influência de características de trabalho na qualidade de vida relacionada com a saúde dos profissionais de saúde mental.

Métodos: Para responder ao objetivo traçado optámos por realizar um estudo observacional analítico transversal, com abordagem quantitativa. Utilizámos o SF-36v2 como instrumento genérico de avaliação da Qualidade de Vida, que já se encontra validado para a população portuguesa, complementado por um questionário socioprofissional. A recolha de dados decorreu de 28 de Janeiro a 30 de Abril de 2013.

Resultados e Conclusões: A amostra foi constituída por 201 profissionais de saúde mental de Portugal Continental. A qualidade de vida relacionada com a saúde mostra diferenças estatísticas significativas no estudo de grupos de profissionais de acordo com o número de horas de trabalho semanal ($p=0.04$) e o grau de satisfação profissional ($p<0.001$). A avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde mental possibilita a implementação de alterações no funcionamento dos serviços de saúde mental, podendo contribuir para uma melhoria na prestação dos cuidados de saúde aos utentes.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida; Profissionais de Saúde Mental; Questionário SF-36v2.

ABSTRACT:

Background: Mental health professionals are the main instrument for intervention in this area considered as a priority in Public Health and are subject to emotional exhaustion and stress that can negatively affect their quality of life.

Aims: This study aims to assess the influence of job characteristics on health-related quality of life of health professionals.

Methods: To address this it was decided to conduct a cross-sectional analytical study with a quantitative approach. SF-36v2 was

* Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. ✉ andreiasmp.to@gmail.com

a) Baseado numa dissertação realizada no âmbito do Mestrado de Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde da Associação de Politécnicos do Norte.

Recebido / Received: 10/10/2013 - Aceite / Accepted: 28/02/2014

Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

used as a generic instrument for assessing quality of life, which is already validated for Portuguese population, complemented by a social and professional survey. Data collection took place from 28 January to 30 April 2013.

Results and Conclusions: *The sample comprised 201 mental health professionals in Portugal. Health-related quality of life shows statistically significant differences in the groups of studied professionals, according to the number of hours worked per week ($p=0.04$) and the degree of job satisfaction ($p<0.001$). The assessment of the quality of life of mental health professionals allows the implementation of changes in the organization of mental health services and may contribute to an improvement in the provision of health-care services.*

Key-Words: *Quality of Life; Mental Health Professionals; Questionnaire SF-36v2.*

INTRODUÇÃO

Atualmente, a saúde mental é uma área de preocupação emergente, considerada uma prioridade de Saúde Pública¹⁻⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”¹. Já a doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais considerados clinicamente significativos, que afetam

o funcionamento e comportamento emocional, intelectual e social¹.

Estima-se que cerca de 20 a 25% da população mundial seja acometida por uma doença mental em alguma altura da sua vida, correspondendo a cerca de 450 milhões de pessoas a sofrer, neste momento, deste tipo de perturbação^{5,6}. Portugal apresenta uma das mais elevadas prevalências de perturbações mentais da Europa⁷. Estudos indicam ainda que os problemas de saúde mental se converteram na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade e morte prematura, em especial nos países ocidentais industrializados^{3,7}. É de salientar que o índice de anos vividos com incapacidade causada por estas perturbações atinge, na Europa, os 40%⁷. Acrescenta-se o previsto aumento significativo dos problemas de saúde mental, tanto devido ao envelhecimento da população e aumento da esperança média de vida, como à crise financeira que se vive e que conduz ao agravamento dos problemas sociais^{2,5-8}.

Seguindo a tendência internacional e em particular Europeia, em Portugal têm-se verificado esforços no sentido de reestruturar os serviços de saúde mental, através da implementação de reformas como, por exemplo, a criação de serviços melhor integrados no sistema geral de saúde e descentralizados, o foco na reabilitação psicossocial e na desinstitucionalização dos doentes mentais graves, substituindo os cuidados baseados no hospital psiquiátrico por uma abordagem de saúde mental comunitária²⁻⁴.

Embora as organizações de saúde se distingam de outros tipos de organizações pelas suas características específicas e pela sua complexi-

dade, estas são idênticas do ponto de vista da gestão, tendo como objetivo prestar serviços e cuidados de saúde de qualidade. Para isso, são necessários procedimentos permanentes de avaliação, com a participação integrada de todas as partes envolvidas: utentes, familiares e profissionais^{1-3,9}. Contudo, o foco de avaliação tem sido os utentes e familiares, em detrimento dos profissionais, mesmo sabendo-se que a qualidade da prestação dos serviços depende, inclusivamente, de fatores relacionados com o bem-estar destes¹⁰.

Nesta área específica da saúde mental, os recursos humanos revestem-se de importância acrescida uma vez que, não sendo requeridos instrumentos técnicos sofisticados e dispendiosos, os profissionais são o principal instrumento de trabalho e intervenção¹¹. As equipas de saúde mental incluem psiquiatras, pedopsiquiatras, médicos internos de especialidade, enfermeiros especialistas e não especialistas em saúde mental, psicólogos clínicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e, menos frequentemente, outros técnicos superiores de saúde como técnicos de reabilitação e terapeutas da fala^{3-5,11}.

Devido à natureza, complexidade e especificidade do seu trabalho, vários autores identificam o grupo de profissionais em análise como de risco extremo para elevado desgaste emocional e *stress* e que podem afetar a sua Qualidade de Vida (QdV)^{9,10,12,13}.

Assim, remetendo para a QdV, esta representa a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida¹⁴. Mais especificamente, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS) traduz a perceção do indivíduo quanto à sua saúde, bem-estar e funcionalidade, incluindo

do as vertentes física, psicológica, social e de autonomia. Ambos os conceitos são de difícil definição, mas apresentam como características em comum: subjetividade, dinamismo e multidimensionalidade¹⁵.

É de salientar que a OMS recomenda a medição da QdV nos seguintes grupos: “*pacientes crónicos, familiares do paciente e pessoal de suporte, pessoas em situações extremas, com dificuldade de comunicação e crianças*”¹⁶. Este estudo incide nos profissionais de saúde mental, podendo estes ser considerados, de acordo com os grupos supracitados, como pessoal de suporte.

OBJETIVOS

Este estudo tem como principal objetivo analisar a influência de características relacionadas com o trabalho na perceção do estado de saúde e QdVRS nos profissionais de saúde mental.

Para isso, pretende-se verificar se existem diferenças na QdVRS de acordo com as seguintes características de trabalho: classe profissional, tipo de vínculo, anos de trabalho, tipo de horário, horas de trabalho semanal e grau de satisfação profissional.

MATERIAL E MÉTODOS

Para responder ao objetivo traçado optámos por realizar um estudo observacional analítico transversal, com abordagem quantitativa. A população do estudo é constituída por todos os profissionais de saúde que trabalham na área de saúde mental em Portugal. A amostragem é probabilística, sendo a amostra criada

pelos profissionais que aceitaram livremente participar nesta investigação, após receberem *e-mail* de divulgação e informação sobre a mesma através do seu local de trabalho.

Utilizámos como instrumentos de recolha de dados: o SF-36v2 para avaliação da auto-perceção do estado de saúde e o questionário socioprofissional para caracterizar a amostra. A recolha de dados decorreu de 28 de Janeiro a 30 de Abril de 2013.

Efetuámos a análise de dados através da versão 20.0 do Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), com recurso a estatística descritiva e inferencial.

RESULTADOS

A amostra consiste num total de 201 profissionais de saúde mental qualificados, dos quais, em termos de género, 155 (77.1%) são do sexo feminino e 46 (22.9%) são do sexo masculino. A classe profissional dos participantes foi agrupada nas seguintes categorias: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de diagnóstico e terapêutica e Outros. Encontram-se na amostra 23 médicos (11.4% da amostra), 48 enfermeiros (23.9%) e 56 psicólogos (27.9%). O grupo de Médicos inclui médicos internos de psiquiatria e psiquiatras; o grupo de Enfermeiros abarca enfermeiros com especialidade na área de saúde mental e enfermeiros generalistas. Como Técnicos de diagnóstico e terapêutica observam-se 46 elementos (22.9%), onde se incluem técnicos das áreas de terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, neurofisiologia e farmácia. O grupo Outros compreende 28 profissionais (13.9% da amostra), onde estão abrangidos profissionais das seguintes

categorias: técnico superior de serviço social, psicopedagogo, formador, gerontólogo, psicomotricista, animador sociocultural, técnico superior de educação e terapeuta familiar.

Na análise da perceção de QdV entre os diferentes grupos de classes profissionais, através do Teste Kruskal-Wallis, não se observam diferenças estatísticas significativas para o índice de QdV ($p=0.380$) ou para nenhuma das dimensões e componentes do instrumento.

Relativamente ao tipo de vínculo de trabalho conclui-se que no índice de QdV não existem diferenças significativas entre os grupos ($p=0.127$) e, relativamente às dimensões e componentes, apenas na Vitalidade (VT) existem diferenças significativas, notando-se que os funcionários públicos são os que manifestam maior QdV. Nas outras dimensões não se observam diferenças estatísticas significativas, contudo valores médios superiores de QdV neste grupo, são também encontrados nas dimensões Desempenho Físico (DF) e Desempenho Emocional (DE).

Ao testar a QdV entre os grupos relativamente aos anos de trabalho, através do Teste T-Student, não se descobriram diferenças estatísticas significativas no índice de QdV ($p=0.462$), nem nas dimensões e componentes do SF36v2. O recurso ao Teste T-Student para amostras independentes, para análise do tipo de horário, mostra que o índice de QdV é superior nos profissionais que trabalham em horário fixo, contudo sem existência de diferenças significativas ($p=0.093$). Fazendo o mesmo para cada dimensão, conclui-se que o mesmo é verdadeiro para todas elas, com exceção da DE; apenas nas dimensões Dor Corporal (DC) ($p=0.023$) e Função Social (FS) ($p=0.022$) as

diferenças encontradas revelam significado estatístico.

Para testar a percepção de QdV e o número de horas de trabalho por semana procedeu-se à realização do Teste Kruskal-Wallis, observando-se diferenças significativas no índice de QdV, com os profissionais que trabalham menos do que 35 horas por semana a demonstrar um nível mais satisfatório.

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

Quadro I. Inferência estatística índice QdV por horas de trabalho semanal.

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

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Através do mesmo teste para a comparação em cada dimensão e componente, verifica-se que unicamente na dimensão VT ($p=0.016$) e na Componente Mental (CM) ($p=0.048$) as diferenças encontradas são significativas. Mais uma vez, os profissionais que trabalham um

número de horas inferior a 35 são os que revelam maior qualidade de vida. Embora sem diferenças significativas, também nas dimensões Saúde Geral (SG), FS, DE e Saúde Mental (SM) se verifica que os valores médios de QdV neste grupo de profissionais são superiores.

Fazendo uso do Teste Kruskal-Wallis, para comparar a percepção de QdV dependendo do grau de satisfação profissional dos inquiridos, descobre-se que existem diferenças significativas tanto no índice de QdV como em todas as suas dimensões, com exceção da Função Física (FF).

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

Quadro II. Inferência estatística índice QdV por grau de satisfação profissional.

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

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

Quadro III. Inferência estatística dimensões e componente SF36v2 por grau de satisfação profissional.

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

A negrito assinalam-se as diferenças estatísticas significativas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Entre classes profissionais, o índice de QdV é mais baixo no grupo de enfermeiros e mais alto entre os psicólogos, contudo sem serem observadas diferenças estatísticas significativas entre os diferentes grupos de classes profissionais. O facto de os enfermeiros serem o grupo com mais baixo indicador de QdV é concordante com diversos estudos^{17,18}. As justificações para isto relacionam-se com a profissão ser altamente *stressante* e exigente e não ser bem recompensada^{19,20}. Por estes motivos, autores remetem para a importância de programas de gestão de *stress* no trabalho¹⁸. Uma vez que nenhum dos estudos referidos foi realizado com população de profissionais que trabalham na área de saúde mental, é de salientar que o facto de não se encontrarem diferenças significativas pode estar, precisamente, relacionado com uma certa igualdade em termos de condições de trabalho e, particularmente, de *stress*, entre os diferentes grupos de classes profissionais.

No que diz respeito ao tipo de vínculo, não se observam diferenças significativas entre os grupos na comparação do índice de QdV, sendo a VT a única dimensão que apresenta estas diferenças. Tanto nesta dimensão como na DF e DE as médias de QdV apresentam-se superiores no grupo de funcionários públicos. Noutro estudo também foram encontradas médias superiores de QdV para os funcionários públicos em todas as dimensões do WHOQOL-Bref, em oposição a médias inferiores dos enfermeiros a contrato a termo certo ou incerto. Contudo, as diferenças estatísticas significativas encontradas neste estudo dizem respeito aos domínios Físico e Meio Ambiente. É de referir que os itens relacionados com a VT no instrumento utilizado neste estudo inserem-se no domínio Físico do WHOQOL-Bref²¹.

Para os anos de trabalho não se verificaram diferenças estatísticas significativas na análise da QdV e das dimensões do instrumento. Al-

guns autores, ao analisarem a mesma variável, descobriram uma fraca associação desta com o domínio Psicológico do WHOQOL-Bref, que levaram a que estivesse relacionada a um maior grau de satisfação profissional, melhor rendimento e maior reconhecimento profissional nos indivíduos com mais anos de atividade profissional²². Outros referem que profissionais com mais de 15 anos de experiência têm menores índices de saúde geral¹⁸. Outros ainda, assim como os autores deste artigo, não encontraram influência da variável em causa no índice de QdV ou nas suas dimensões²¹.

Em termos de tipo de horário a média do índice de QdV é superior nos profissionais que trabalham em horário fixo. Isto também se verifica em todas as dimensões – exceto no DE, mas diferenças estatísticas apenas se verificam na DC e FS. Assim, em geral observa-se que quem trabalha em horário fixo, geralmente de manhãs e tardes, apresenta melhor QdV, achados idênticos aos encontrados por Garrido²³. Valores mais baixos de DC indicam que os profissionais de saúde mental que trabalham por turnos sentem dor e desconforto físico e que o mesmo está a interferir com atividades diárias, incluindo o trabalho. Isto pode, então, estar relacionado com uma dessincronização dos ritmos circadianos, incluindo o ritmo de sono-vigília, o que produz alterações negativas na qualidade e duração do sono; acrescenta-se que o sono diurno, a que obriga o trabalho por turnos, possui características diferentes do sono noturno e que colocam em causa a sua qualidade^{23,24}. Neste tópico, é de referir que o trabalho por turnos pode ter implicações na vida social e familiar dos profissionais de saúde^{19,23}e, em particular, dos profissionais de saúde mental, o que se verifica pelas diferen-

ças significativas encontradas na FS. Apesar de na literatura estarem descritas outras implicações na saúde mental e física dos profissionais que trabalham por turnos, as mesmas não se observam nesta investigação. Contudo, e como indica Garrido, uma solução para as adversidades causadas pelo trabalho por turnos passa por equacionar uma nova organização de horários e metodologias de trabalho, que favoreça a repetição e a rotina²³.

No estudo da variável horas de trabalho por semana observam-se diferenças estatísticas no índice de QdV, na VT e na CM. Entre todos estes o grupo com valores mais satisfatórios é o dos profissionais que trabalha menos de 35 horas por semana. Apesar de não existirem diferenças significativas, também na SG, FS, DE e SM as médias são mais satisfatórias no grupo enunciado. Num estudo com profissionais de saúde mental, Santos e Cardoso encontraram médias significativamente superiores de QdV nos domínios Social e Meio ambiente para os profissionais que trabalham até 6 horas por dia (menos de 30 horas por semana)¹³. Também Santos e Oliveira revelam diferença estatística significativa, entre os grupos, no que respeita quer à perceção geral de QdV quer aos seus domínios, com valores encontrados mais satisfatórios para os funcionários que trabalham menos²⁵. Segundo estes autores, isto deve-se ao facto dos profissionais que trabalham mais horas usufruírem de menos tempo para atividades de descanso, recreação, lazer e para conviver com a família ou socializar, prejudicando a perceção que o indivíduo tem de si e da sua posição na vida. Alguns estudos enumeram como manifestações clínicas devidas ao excesso de trabalho²⁶: cansaço e perda de energia – relacionado com

a dimensão VT (onde se observaram diferenças significativas) – distúrbios de sono e de humor, redução da capacidade de trabalho, aprendizagem, raciocínio e memória e dificuldades nas relações interpessoais – em geral relacionados com a CM.

Em geral, relativamente ao grau de satisfação profissional, os profissionais de saúde da amostra apresentam-se mais ou menos satisfeitos. Esta é uma variável que se correlaciona positivamente com a QdV, sendo os valores de QdV mais satisfatórios quanto maior o grau de satisfação profissional. Analisando esta variável foram encontradas diferenças significativas estatísticas para o índice de QdV em todas as dimensões e componentes, com exceção única da FF. Um estudo com profissionais de saúde mental, revela que, de uma forma geral, os profissionais estão satisfeitos com o trabalho na instituição¹². Com o mesmo tipo de população, noutros estudos observam-se níveis intermédios de satisfação profissional²⁷ ou mesmo baixos níveis⁹. O estudo de Lino evidencia correlações significativas entre a satisfação profissional e o índice de QdV e seus domínios²⁴. Ainda Schmidt e Dantas afirmam que a QdV passa pela satisfação do trabalhador²⁸. Contudo, por exemplo, Faria não verifica relação entre a QdV e a satisfação profissional dos enfermeiros, no seu estudo¹⁶. Quando à QdV propriamente dita, estudos afirmam que a (in)satisfação tem consequências na vida do profissional, interferindo com a sua saúde física e mental²⁹. Para melhor interpretação dos resultados desta investigação, é importante considerar algumas limitações metodológicas que lhe estão associadas.

Em primeiro lugar, é de salientar que o número de indivíduos incluídos na amostra

dificulta a generalização dos resultados ao universo de profissionais de saúde mental em Portugal Continental. Esta limitação deveu-se, essencialmente, à falta de resposta por parte dos Hospitais e Centros Hospitalares, os quais, na sua maioria, não se mostraram recetivos à distribuição da informação enviada como forma de solicitação à participação no estudo. Esta limitação pode ter contribuído para não se observarem diferenças significativas nos grupos, em virtude da falta de representatividade da amostra em relação à população em estudo, sendo ainda difícil prever se os profissionais de saúde mental com menor qualidade de vida seriam mais ou menos suscetíveis de participarem neste estudo. Quanto aos instrumentos utilizados, considera-se que apesar de o SF-36v2 ser uma ferramenta amplamente utilizada e adequada para avaliação do tema em estudo, este é um questionário de auto-perceção, sendo por isso subjetivo. Acrescenta-se que a escolha de testes não paramétricos foi devida à distribuição não normal dos dados, contudo salienta-se que, como ferramenta estatística, são menos poderosos.

Assim, para que se possa intervir a nível organizacional e individual é importante que exista pesquisa e investigação baseada na evidência e, desta forma, é necessário realizar mais estudos focando os profissionais de saúde mental. Verificando-se a existência de muitas perspetivas interessantes para novos estudos, sugere-se a associação de avaliação da qualidade de vida com a fadiga, com a existência de algum problema de saúde, com o suporte social e familiar e, ainda, com o *stress* e o *burnout*.

Em termos de organizações, devem ser adotadas medidas que promovam a saúde e a qua-

lidade de vida dos seus profissionais de saúde, respeitando os ritmos naturais do indivíduo, nomeadamente de sono-vigília e de alimentação, assim como desenvolvendo horários que facilitem a vida familiar e social. É, ainda, importante que, por parte das instituições, seja efetuado um esforço no sentido de promover sentimentos de segurança e estabilidade face ao emprego e local de trabalho.

Pensa-se que através desta investigação se tenha contribuído cientificamente para a compreensão do tema e problemática da Qualidade de Vida, especificamente em profissionais de saúde mental, percebendo-se a importância do investimento no prestador de cuidados. Os resultados encontrados possibilitam a intervenção junto destes profissionais e podem ser importantes como indicadores da qualidade dos serviços de saúde mental, uma vez que a QdV destes pode afetar diretamente o seu desempenho e, por consequência, a qualidade do serviço prestado ao utente.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Comissão das Comunidades Europeias: Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população

– rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas.2005.

2. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental: Relatório: Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016. Ministério da Saúde.2007.
3. Coordenação Nacional para a Saúde Mental: Plano nacional de saúde mental 2007-2016: Resumo executivo. Lisboa.2008.
4. Direcção-Geral da Saúde: Rede de referência de psiquiatria e saúde mental. Lisboa.2004.
5. Organização Mundial da Saúde: Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Suiça-2001
6. Organización Mundial de la Salud: Invertir en salud mental. Ginebra.2004.
7. Direcção-Geral da Saúde: Reatualização do plano nacional de saúde mental. Lisboa.2012.
8. Parlamento Europeu: Resolução do Parlamento Europeu, de 19 de Fevereiro de 2009, sobre saúde mental. Bruxelas.2009.
9. Bandeira M, Ishara S, Zuardi AW: Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: Validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007; 56(4): 280-296.
10. Miranda SCC : Stress ocupacional, *burnout* e suporte social nos profissionais de saúde mental. Universidade Católica Portuguesa. Braga. 2011.
11. Jara JM: Contribuição para um Livro Branco da psiquiatria e da saúde mental em Portugal. Separata da Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos. 2007; 1-22.
12. Pelisoli C, Moreira AK, Kristensen CH: Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental.

- Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC. 2007; 5(9): 63-78.
13. Santos AM et al.: Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). Revista Baiana de Saúde Pública. 2011; 35(4): 813-825.
 14. Canavarro MC, Pereira M, Moreira H, Paredes T: Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. Alicerces. 2010; 3:243-268.
 15. Fleck MPA: O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(1): 33-38.
 16. Faria BJ: Qualidade de vida do enfermeiro no exercício profissional e os seus reflexos na satisfação profissional. Repositório da Universidade Fernando Pessoa.. 2009.
 17. Guler N, Kuzu F: The health-related quality of life of the health professionals working in the primary healthcare centers and its correlation with selected sociodemographic factors in Sivas, a central Anatolian City. Scientific Research and Essay. 2009; 4(12): 1547-1552.
 18. Kheiraoui F, Gualano MR, Mannocci A, Boccia A & La Torre G: Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy. Public Health. 2012; 126(7): 624-629.
 19. Santos RMA, Beresin R: Quality of life of nurses in the operating room. Revista Einstein. 2009; 7(2): 152-158.
 20. Tountas Y, Demakakos PTH, Yfantopoulos Y, Aga J, Houliara L & Pavi E: The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. Healthandqualityoflifeoutcomes. 2003; 1(61).
 21. Gonçalves JDA: Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros. Sapiencia: Repositório Institucional da Universidade do Algarve.2008.
 22. Nunes MF, Freire MCM: Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. Revista de Saúde Pública. 2006; 40(6): 1019-1026.
 23. Garrido AFS: A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro.2004.
 24. Lino MM: Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Diss. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem. 2004.
 25. Santos MFO, Oliveira HJ: Influência de variáveis laborais na qualidade de vida dos anestesiológicos da Cidade de João Pessoa. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2011; 61(3): 333-343.
 26. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Filho OD & Teles AJF: Avaliação da qualidade de vida dos anestesiológicos da cidade do Recife. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2010; 60(1): 42-51.
 27. Santos AM et al.: Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). Revista Baiana de Saúde Pública. 2011; 35(4): 813-825.
 28. Schmidt DRC, Dantas RAS: Qualidade de vida entre profissionais do bloco cirúrgico. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2006; 27(1): 100-108.
 29. Guimarães JMX, Jorge, MSB, Assis MMA: (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(4): 2145-2154.