

Saúde Física e sintomatologia psicopatológica num grupo de desempregados

Um estudo comparativo

Sílvia Andreia de Morais Nunes Dias



Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Gandra, 2011

AGRADECIMENTOS

Para a realização desta dissertação foram vários os intervenientes que colaboraram directa e indirectamente, os quais merecem o meu reconhecimento e gratidão.

À minha orientadora, Professora Doutora Vera Almeida, pela disponibilidade com que direccionou e acompanhou esta dissertação, assim como pelos comentários e sugestões.

Ao meu Presidente de Junta de Freguesia, Sr. Carlos Mações, meu chefe, pela forma como foi colaborante e compreensivo na gestão do tempo para me permitir a frequência às reuniões solicitadas.

Aos utentes do Gabinete de Inserção Profissional de Aver-o-Mar, que se dispuseram a colaborar, dando o seu parecer mais sincero.

A todos os desempregados e empregados que amavelmente e de forma voluntária se prestaram a fazer parte da amostra deste estudo e sem os quais este trabalho não teria sido possível.

À Cris e Paulinha pela amizade incondicional, incentivo e apoio.

Ao meu querido sobrinho e afilhado, Francisco, pelo seu sorriso, pelos seus mimos e pelos momentos de distração e divertimento que me proporcionou, na hora em que eu mais precisava. Obrigado meu príncipe!

De modo particular quero agradecer aos meus pais, irmã, cunhado pela compreensão, e motivação imprescindíveis para a efectivação deste trabalho.

Finalmente, de modo especial, ao meu noivo pelo apoio incondicional, compreensão, incentivo ... Obrigado por tudo...

É a todos que dedico este trabalho.

Índice

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUÇÃO.....	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico.....	3
1.1. Trabalho, Emprego e Desemprego.....	3
1.2. Tipos, fases e duração do desemprego.....	4
1.3. Estatísticas relativas ao desemprego.....	6
1.4 Contributos teóricos mais significativos dos efeitos do desemprego.....	8
1.4.1. O modelo de privação no acesso aos benefícios manifesto e latentes: Jahoda.....	9
1.4.2 Modelo da restrição da acção ou da agência pessoal: Fryer.....	10
1.5 Mediadores do efeito do desemprego.....	11
Capitulo II- Desemprego e Saúde.....	13
2.1 Desemprego e Saúde Física.....	14
2.1.1. Desemprego e utilização de Serviços de Saúde.....	15
2.1.2 Desemprego e Comportamentos de Saúde.....	16
2.2. Desemprego e Saúde Mental.....	18
2.2.1. Desemprego e Depressão/Ansiedade.....	19
2.2.2. Desemprego e Somatização.....	21
2.2.3. Desemprego e Suicídio.....	22
Capitulo III – Metodologia.....	24
3.1 Objectivos.....	24
H6: Os indivíduos desempregados de longa duração apresentam menor sintomatologia psicopatológica do que os indivíduos desempregados de curta duração.....	24
3.2 Amostra.....	25
3.2.1. Caracterização Sociodemográfica.....	25
3.2.2. Estilos de Vida e Vigilância de Saúde.....	27
3.2. Instrumentos.....	31
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	31
3.2.2. The Pill -The Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (Almeida, 2002).....	31
3.2.3. BSI – Brief Symptom Inventory (Canavarro, 1999).....	32
3.3 Procedimentos.....	34
Capítulo IV - Resultados.....	35

Capítulo V - Discussão.....	40
Capítulo VI - Conclusão.....	45
Capítulo VIII – Bibliografia.....	47
Capítulo IX - Anexos	56
Anexo 1- Consentimento Informado.....	57
Anexo 2 - Questionário Sociodemográfico	59
Anexo 3 - The PILL	64
Anexo 4 - ESCALA BSI: Canavarro;1999	67
Anexo 5 – Artigo.....	71
Anexo 6 - Comunicação Oral.....	101

ÍNDICE DE TABELAS E ANEXOS

Tabela 1 - Distribuição de frequência segundo as características sócio demográficas dos indivíduos agrupados por empregados e desempregados.....	26
Tabela 2 - Distribuição segundo serviços de saúde - número de consultas e número de dias doentes nos grupos de empregados e desempregados.....	27
Tabela 3 - Distribuição segundo as doenças que os indivíduos apresentam, tipo de medicação	28
Tabela 4 - Distribuição segundo, hábitos tabágicos e de álcool, nos dois grupos de indivíduos.	29
Tabela 5 - Características psicométricas das subescalas da BSI e PILL.	29
Tabela 6 - Distribuição da amostra no grupo de indivíduos desempregados segundo, a existência de mais pessoas no agregado familiar desempregado, causas, recursos e necessidades.....	30
Tabela 7 - Características psicométricas das subescalas da BSI e somatização PILL ...	33
Tabela 8 - Frequências observadas entre nº consultas e estatuto laboral.	35
Tabela 9 - Frequências observadas entre consumo de medicamentos e estatuto laboral.	36
Tabela 10 - Médias e desvio padrão para o consumo de tabaco e álcool segundo o estatuto laboral.....	36
Tabela 11 - Médias e desvios padrão para somatização segundo o estatuto laboral.	37
Tabela 12 - Médias e desvios padrão para psicopatologia segundo o estatuto laboral ..	38
Tabela 13 - Médias e desvios padrão para psicopatologia segundo a duração do desemprego.....	39

RESUMO

Este estudo surge impulsionado pelo cenário actual do decréscimo de saúde física e mental associado ao impacto da crise financeira e em particular com a inactividade laboral que se verifica quer a nível internacional quer nacional.

Este estudo tem como objectivo analisar as diferenças entre um grupo de desempregados e um grupo de empregados relativamente aos dados de saúde (à utilização de serviços de saúde e aos comportamentos de saúde), às dimensões de psicopatologia e comparar os níveis de psicopatologia entre os desempregados de curta e longa duração. O estudo empírico foi efectuado junto de uma amostra de 200 indivíduos sendo que 100 indivíduos são empregados e 100 desempregados, provenientes do concelho da Póvoa de Varzim. Foram utilizados um questionário sociodemográfico; o questionário The Pill (Almeida, 2002) e o questionário BSI (Canavarro, 1999).

Os resultados indicam que os indivíduos desempregados recorrem mais ao serviços de saúde do que os empregados e que os indivíduos desempregados consomem mais medicação que os indivíduos empregados. Não se encontraram diferenças quanto aos comportamentos de saúde entre estes dois grupos. Constatou-se que os indivíduos desempregados apresentavam níveis mais elevados de somatização comparativamente aos indivíduos empregados. Relativamente, à sintomatologia psicopatológica entre desempregados e empregados, foram encontradas diferenças nas dimensões: somatização, obsessão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo. No grupo de desempregados não foram encontradas diferenças na sintomatologia psicopatológica entre os desempregados de curta e longa duração.

Palavras Chave: desemprego; desemprego de longa duração, comportamentos de saúde, utilização de serviços de saúde, somatização, psicopatologia.

ABSTRACT

This study was done because of the current decrease of physical and mental health in association with the impact of the financial crisis, particularly with the labor inactivity which occurs either in Portugal or worldwide.

The main aim of this study is analyzing the differences between two specific groups: employed and unemployed people, particularly on what the health data is concerned (health services utilization and health behavior). It is our aim, also, analyzing the dimensions of the psychopathology and compare its levels between the short and long-term unemployed people.

The empirical study was done with a sample of 100 unemployed and 100 employed people from Póvoa de Varzim. It was done with a socio-demographic questionnaire; The Pill (Almeida, 2002) and the BSI (Canavarro, 1999). The results show that unemployed people use more the health services and take more medication than those who are working. There are no differences in their health behavior. The unemployed group showed more levels of somatization when compared to the other group. On what the psychopathology is concerned, some differences in the dimension were found: somatization, obsession, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, paranoid ideation and psychoticism. There weren't found differences between unemployed of short- and long-duration concerning the psychopathological symptoms.

Key words: unemployment, long-term unemployment, health behaviours, health services utilization, somatization, psychopathology.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação intitulado "*Saúde Física e sintomatologia psicopatológica num grupo de desempregados - um estudo comparativo*"; insere-se no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Durante milhares de anos, nenhum ser humano soube o que era emprego, mas todos sabiam o que significava trabalhar. As pessoas não tinham empregos no sentido fixo e unitário, faziam serviços na forma de um fluxo constantemente mutante de tarefas (Woleck, 2002). Com a revolução industrial e com o crescimento das organizações, estas necessitaram de pessoas fixas e de confiança. Logo surgem empregos, enquadrados numa figura denominado contrato de trabalho, sem termo e, em menos de 200 anos, todos os seres humanos parecem desejá-los, vendo-se rendido à ilusão do pleno emprego (Gonçalves & Coimbra, 2002). Em 1776, Adam Smith citado por (Woleck, 2002), p.9) afirmou: “ *A sociedade de mercado transformou o ser humano, necessariamente num detentor de emprego, na realidade assim se verificou: o emprego passou a ser categoria dominante – se não exclusiva – para reconhecimento do valor dos propósitos humanos (...) único caminho para a segurança, para o sucesso e para a satisfação das necessidades de sobrevivência.*”

Recentemente, o emprego decresceu em, praticamente todas as nações industrializadas do mundo (Woleck, 2002), e os seres humanos têm de se adaptar a novas formas de organização do trabalho, que na realidade, muito se apresentam com as antigas (Kovács, 2004), uma vez que o emprego é um fenómeno da modernidade (Woleck, 2002). Em duzentos anos, o ser humano tornou-se dependente do emprego, e a falta deste, denominada vulgarmente de desemprego, acarreta impactos que nos propomos aprofundar.

Assim, vive-se hoje um período marcado pela instabilidade crescente das trajetórias profissionais, sendo que a “*experiência de desemprego transformou-se num estádio normativo do desenvolvimento pessoal e vocacional, levando a que, sempre que se abordam questões relativas à construção e implementação das trajetórias profissionais*” termos como “risco”, “imprevisibilidade”, “instabilidade” ou “insegurança” se tenham tornado cada vez mais frequentes (Parada & Coimbra, 1999/2000). O desemprego pode trazer desaprendizagem e perda de qualificações

(Kovács, 2004), exclusão de um propósito maior na sociedade (M. Jahoda, 1987), deterioração das relações sociais (Fryer & Payne, 1986), baixa auto-estima, (McFayden, 1995), depressão (M. W. Linn, R. Sandifer, & S. Stein, 1985; P. Warr, Jackson, & Banks, 1988; Wilczyńska-Kwiatek & Bargiel-Matusiewicz, 2008) somatização, (Harris, Orav, Bates, & Barsky, 2009) suicídio, (Fryer & Payne, 1986) dificuldades económicas, riscos de impactos adversos na saúde e estilos de vida menos saudáveis (Benach, Amable, Muntaner, & Benavides, 2002). Por estas evidências empíricas, a experiência de desemprego torna-se um tema de investigação pertinente e desafiante no que se refere à compreensão do fenómeno. De facto, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) aponta que todos os países serão afectados e que a crise económica se tornará numa crise social e de saúde. Como afirma Machado (2009), “*a actual crise financeira mundial vai ter consequências na saúde de forma global e particularmente na saúde mental*” (p.2).

A partir da breve análise efectuada, mostra-se pertinente adoptar uma visão holística e perceber que o desemprego é um factor de risco para os problemas de saúde mental, principalmente para a população mais vulnerável.

Tendo em consideração os assuntos desenvolvidos, dividiremos esta tese em três principais capítulos. No primeiro, proceder-se-á a uma breve contextualização e conceptualização teórica da problemática, posicionando-a na realidade nacional. No segundo capítulo exploramos o impacto do desemprego quer a nível da saúde física, quer a nível da saúde mental, considerando as principais dificuldades com que os indivíduos se confrontam. O terceiro capítulo é dedicado à metodologia, onde são explicados os objectivos e as hipóteses deste estudo empírico, os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha de dados efectuada junto de uma amostra de 100 indivíduos empregados e 100 desempregados, provenientes do concelho da Póvoa de Varzim. Seguidamente, serão apresentados os resultados alcançados e a discussão dos mesmos, terminando com a apresentação das conclusões obtidas neste estudo.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1.1. Trabalho, Emprego e Desemprego

Em termos históricos, a palavra *trabalho* deriva da palavra latina *tripaliu* que designa *um aparelho para sujeitar os cavalos que não se deixavam ferrar*, que ainda se utiliza sob o nome de *tronco* (Gonçalves & Coimbra, 2002). O verbo *tripaliare* veio a significar também torturar em português (Gonçalves & Coimbra, 2002). Parece que o significado de algo penoso e difícil tem andado sempre associado ao trabalho, mas foi mais tarde considerado por Marx como a única fonte de vida humana (Gonçalves & Coimbra, 2002). Numa perspectiva da ciência humana podemos definir trabalho como *qualquer acção sobre a natureza, pessoas ou ideias com objectivos de aumentar o seu valor para uso futuro* (Fryer & Payne, 1986). As actividades fora deste âmbito, ou seja, com objectivos de lazer, visam apenas a satisfação intrínseca. Muitas actividades são trabalho (trabalho doméstico, jardinagem, estudar) mas não são consideradas emprego. Quando uma pessoa não tem emprego, muitas actividades de trabalho continuam, por exemplo, familiares, parentais, comunitárias, entre outras e todas estas implicam determinados deveres e obrigações (Fryer & Payne, 1986).

O trabalho pode ter diversas funções: a) proporcionar estatuto e prestígio, b) fornecer pagamento necessário, c) manter o indivíduo ocupado, d) proporcionar contacto social interessante, e) servir a sociedade e por último f) satisfazer intrinsecamente e de forma interessante o indivíduo (Quintanilla & Wilpert, 1988). Assim ao trabalho é atribuído um valor instrumental, um valor intrínseco ou ambos (Reynolds & Gilbert, 1991). Em suma, o trabalho aparece assim como um meio de realização e concretização de necessidade, proporcionando ao indivíduo o meio para alcançar muitos dos fins que valoriza e que pretende atingir, dando-lhes a oportunidade de concretizar o seu projecto existencial (Muchinsky, 1997).

Para melhor compreender a diferença entre trabalho e emprego, contrastemos definições. A palavra emprego, por seu turno, parece ter surgido a partir da língua inglesa em 1400 e, até ao início do séc. XVII, respeitava a uma determinada tarefa e nunca se referia a um papel ou a uma posição numa organização. Só a partir do séc. XIX, passou a ser entendida como o trabalho realizado nas fábricas ou nas burocracias das nações em fase de industrialização (Woleck, 2002). A definição de emprego consiste na troca contratual, institucionalmente regulamentada, entre as duas partes em

que uma vende, e a outra compra trabalho, normalmente por dinheiro, mas também poderá ser por bens ou serviços (Fryer & Payne, 1986). O emprego tem como função impor uma estrutura de tempo ao dia, partilhar experiências de contacto com os outros, definir o status social e a identidade do indivíduo, bem como reforçar a actividade e promover a segurança (M. Jahoda, 1979). A cessação destas acções e fenómenos sociais pode acarretar consequências psicológicas, logo, o desemprego envolve uma actividade psicológica e interfere no desenvolvimento dos indivíduos.

Por último, a definição de desemprego é a mais obscura e complexa. Importa, desde logo, ter em consideração a diversidade de significados de que o conceito de desemprego se reveste. Desemprego é o estado de estar desempregado ou não envolvido numa ocupação com ganhos (Hanisch, 1999). Segundo Luís Centeno (2000) o desemprego pode ser considerado uma condição de não actividade por indivíduos em idade activa. Para Santos e Loureiro, (1997) a própria definição de desempregado não inclui somente como critério a perda de um emprego, mas também a disponibilidade pessoal para um novo emprego e a mobilização, mais ou menos activa, para uma ocupação alternativa. Segundo o Instituto do Emprego e da Formação Profissional (IEFP, 2011), o desemprego designa a inactividade profissional voluntária ou involuntária que se faz acompanhar da disponibilidade para trabalhar e de comportamentos de procura de emprego. Prosseguir-se-á com a utilização deste conceito no sentido que lhe é conferido pela definição do IEFP, não só porque é aquela tida em conta nos documentos estatísticos nacionais oficiais sobre a problemática, mas também porque permite uma maior abrangência na abordagem da questão.

1.2. Tipos, fases e duração do desemprego

No desemprego encontramos dois tipos de desemprego: desemprego involuntário e desemprego voluntário.

Segundo o Decreto-Lei nº418/93 o *desemprego involuntário* é uma situação que ocorre sempre que a cessação do contrato de trabalho decorra de: a) decisão unilateral da entidade empregadora; b) caducidade do contrato não determinado por atribuição de pensão; c) rescisão com justa causa por iniciativa do trabalhador; d) por mútuo acordo que se integre em projecto de redução de efectivos, determinada por reestruturação de sectores de actividade, por recuperação ou viabilização de empresas ou por outras situações que permitam o recurso ao despedimento colectivo. Considera-se ainda como

desemprego involuntário a situação dos reformados por invalidez, que, em posterior exame de revisão da invalidez por incapacidade, foram declarados aptos para o trabalho. A verificação de qualquer destas situações, só se enquadra na definição de “*desemprego involuntário*”, desde que a Pessoa Segura não tenha recusado emprego alternativo.

Segundo o Decreto-Lei n.º 418/93 o *desemprego subsidiado* é uma situação de desemprego involuntário, indemnizada através de uma prestação de Segurança Social substitutiva do rendimento de trabalho perdido, determinada em função da remuneração da média anterior (neste caso a prestação designa-se por subsídio de desemprego), ou da remuneração mínima mensal e do agregado familiar (e então designa-se por subsídio social de desemprego), de duração variável consoante a idade do trabalhador, desde que este reúna determinadas condições de atribuição definidas na lei.

Uma grande parte dos autores sugerem que o desemprego involuntário implica mais sofrimento psicológico do que o voluntário, e que numa fase inicial de desemprego a angústia psicológica é maior do que quando já passou algum tempo e a pessoa já se “habitua” à situação de desemprego. No entanto, há que valorizar as atribuições e significados que os indivíduos formulam em redor da situação de desemprego.

Quanto às fases do desemprego, (Kaufman, 1982), distingue quatro estádios de comportamento do desemprego consoante o tempo de duração do desemprego: a) choque, alívio e relaxamento; b) esforço concentrado; c) vacilações, dúvida e raiva; d) resignação e afastamento.

Segundo, (Creed & Watson, 2003) a duração do desemprego é difícil de se medir e tem consequências a vários níveis, por exemplo, (Hajjar, Beelitz, & Baubion-Broye, 1993) referem que os indivíduos em situação de desemprego não procuram um novo emprego da mesma forma no início do desemprego e quando este se prolonga. Um estudo realizado por (Kulik, 2001) com uma amostra de 559 israelitas desempregados, concluíram que o aumento da procura de emprego eram mais elevados entre os dois a três meses após a perda do emprego e diminuía gradualmente ao longo do período do desemprego. Com o passar do tempo os indivíduos vão tendo sucessivas experiências de insucesso na procura de novo emprego, a desesperança aumenta, e a saúde mental tende a deteriorar-se com o acréscimo da sensação de perda de controlo da situação, consequentemente reduzem-se o número de candidaturas submetidas, dificultando consequentemente o reemprego. O tempo em que a pessoa está desempregada também lhe retira a possibilidade de experiência profissional, o que reduz o seu nível de competição face a outros candidatos a emprego (Herr, 1992).

Em média, após seis meses de desemprego contínuo, numa amostra de 629 desempregados, (P. Warr & Jackson, 1985) constataram que nos homens adultos, o bem-estar psicológico estabilizou, ou melhorou significativamente entre os doze e vinte e quatro meses após o desemprego, com as alterações registadas ao nível das aspirações, grau de autonomia e aumento de competências (P. Warr & Jackson, 1987). Do mesmo modo, o maior número de horas de emprego era mais elevado para o grupo de desempregados de meia-idade e menos para os desempregados jovens. Creed e Watson (2003) justificam a presença de maior angústia no desemprego na meia-idade, uma vez que existe maior compromisso financeiro nesta idade, diferentemente dos mais jovens e dos mais velhos, uma vez que os últimos têm menor tensão financeira.

Por último aproveitamos para referir que o desempregado de longa duração é a população não empregada disponível para trabalhar e que procura activamente trabalho, há mais de um ano.

1.3. Estatísticas relativas ao desemprego

Após terem sido explicados detalhadamente os diferentes conceitos associados ao desemprego, passamos agora a enquadrar esses conceitos num contexto global, onde veremos a sua evolução para diferentes géneros e idades a nível internacional e nacional. De acordo com o Eurostat, gabinete de estatística da União Europeia, o desemprego e as suas taxas evoluem de forma cíclica, sendo esse movimento resultante ciclo de negócios global. No entanto existem outros factores que podem afectar a evolução a curto e longo prazo o desemprego, tais como as políticas do mercado de trabalho e a evolução demográfica (EUROSTAT, 2010). Estima-se que na Europa dos 27 países de agora em diante denominado de EU-27, estejam desempregadas 23.151 milhões de pessoas dos quais 15.947 milhões pertencem à Zona Euro, de agora em diante denominada de EU-16, sendo estes dados relativos ao mês de Outubro de 2010 (EUROSTAT, 2010). Comparativamente ao mês de Setembro de 2010, o número de desempregados na EU-27 aumentou em 84000 pessoas e na EU-16 ocorreu um aumento de 80000 pessoas. Comparativamente a Outubro de 2009 o desemprego na EU-27 sofreu um aumento de 0.59 milhões de pessoas e de 0.402 milhões de pessoas na Zona Euro. A taxa de desemprego ajustada sazonalmente na Zona Euro era de 10,1% em Outubro de 2010, comparando com os 10% de Setembro, sendo que em Outubro de 2009 era de 9,9%. A taxa de desemprego na EU-27 em Outubro de 2010 era de 9.6%

permanecendo inalterada desde Agosto do mesmo ano, a taxa de desemprego no período homólogo em 2009 era de 9.4% (EUROSTAT, 2010).

De acordo com os últimos estudos revelados pela OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, a taxa de desemprego nos países afectos a esta organização era de 8.5% em Setembro de 2010, taxa esta que permanecia inalterada desde Agosto e razoavelmente estável desde Junho do mesmo ano. As taxas de desemprego referentes ao mês de Outubro nos Estados Unidos (permaneceram inalteradas em 9.6%) e do Canadá (desceram 0.1% para 7.9%) confirmam esta aparente estabilidade (OCDE, 2010a). Tendências divergentes podem ser encontradas ao nível nas taxas de desemprego nacionais de diversos países, tais com as taxas referentes ao mês de Setembro de 2010 na Alemanha seguem uma tendência decrescente até aos 6.7%, sendo muito inferior ao valor de 8.4% registado em período homólogo em 2007. As taxas de desemprego na Coreia, Holanda e Áustria com taxas de 3.7%, 4.4% e 4.5% respectivamente, mantendo-se relativamente baixas, enquanto a Espanha, a República da Eslováquia e a Irlanda estão ainda a viver um período de taxas de desemprego elevadas e em crescimento sendo respectivamente de 20.8%, 14.7% e 14.1%. (OCDE, 2010a). Nos países da OCDE os níveis de desemprego permanecem perto dos níveis do pós-guerra, estando desempregadas em Setembro de 2010 cerca de 45.5 milhões de pessoas, menos 0.6 milhões de pessoas do que em Setembro de 2009 mas mais 15.4 milhões do que em Setembro de 2007 (OCDE, 2010b).

Após termos observado os dados relativos à situação internacional ao nível do desemprego, dando especial ênfase aos países europeus e da zona euro onde Portugal está inserido, passamos a analisar os dados relativos exclusivamente a Portugal. Assim sendo com base nos dados do INE, Instituto Nacional de Estatística, em Portugal os dados do primeiro trimestre de 2010 apontam para uma taxa de desemprego de 10.6%, valor este que se apresenta superior ao observado no período homólogo de 2009 em 1.7% e em 0.5% em relação ao trimestre anterior. A população desempregada foi estimada em 592.2 mil pessoas, o que representa um acréscimo de 19.4% relativamente ao trimestre homólogo e de 5.1% relativamente ao trimestre anterior (INE, 2010a). No primeiro trimestre de 2010 as taxas de desemprego mais elevadas foram registadas nas regiões do Algarve (13.6%), Norte (12.5%), e Lisboa (10.5%), já os valores mais baixos foram registados na Região Autónoma da Madeira (6.3%), Açores (7.7%) e no centro (7.9%). Face ao trimestre homólogo de 2009, a taxa de desemprego aumentou em todas as regiões, tendo uma maior incidência nas regiões do Algarve, Norte e Lisboa (INE,

2010a). A taxa de desemprego referente ao segundo trimestre de 2010 foi de 10.6%, sendo superior ao período homólogo de 2009 em 1.5% e igual ao observado no trimestre anterior. A população desempregada foi estimada em 589.8 mil pessoas, ou seja, um acréscimo de 16.2% face ao trimestre homólogo e um decréscimo de 0.4% relativamente ao trimestre anterior (INE, 2010b). No segundo trimestre de 2010 as taxas de desemprego mais elevadas foram registadas nas regiões do Norte (12.2%), Algarve (12.2%), Alentejo (11.8%) e Lisboa (11.0%), e as mais baixas, na Região autónoma dos Açores, Madeira e Centro. Face ao período homólogo de 2009, a taxa de desemprego aumentou em todas as regiões com a exceção dos Açores, sendo que os maiores acréscimos foram mais uma vez registados nas regiões do Algarve, Norte, Lisboa e Centro (INE, 2010b). Quanto ao terceiro trimestre de 2010 a taxa de desemprego estimada foi de 10.9%, representando um aumento de 1.1% face ao observado no período homólogo de 2009 e em 0.3% face ao observado no trimestre anterior. A taxa de desemprego estimada, relativa ao terceiro trimestre de 2010 foi de 10.9%, sendo 1.1% superior ao período homólogo de 2009 e em 0.3% face ao observado no trimestre anterior. A população desempregada foi estimada em 609.4 mil pessoas, verificando-se um acréscimo de 11.3% face ao trimestre homólogo e um acréscimo de 3.3% em relação ao trimestre anterior (INE, 2010c). No terceiro trimestre de 2010 as mais elevadas taxas de desemprego foram registadas nas regiões do Norte (13.2%), Algarve (12.8%), Alentejo (11.6%) e Lisboa (11.3%). Os valores mais baixos foram registados na região Centro, Autónoma da Madeira e Açores. Face ao período homólogo de 2009, a taxa de desemprego aumentou em todas as regiões com exceção da Madeira onde diminuiu. Os maiores acréscimos verificaram-se nas regiões do Algarve, Norte e Centro (INE, 2010c). Posto isto, podemos ver o quanto é essencial e pertinente estudar o desemprego.

1.4 Contributos teóricos mais significativos dos efeitos do desemprego

De seguida vamos elaborar uma breve contextualização, a partir da qual se explorará, de modo mais aprofundado, os principais quadros teóricos que sustentam a problemática abordada nesta investigação. Existem duas perspectivas que têm dominado a explicação dos efeitos do desemprego sobre o bem-estar psicológico: *Modelo de Privação no acesso aos benefícios manifesto e Latente* de Jahoda (M. Jahoda, 1979) e o *Modelo de Restrição da ação ou da agência pessoal* de Fryer's (Fryer & Payne, 1986).

Estas abordagens não são mutuamente exclusivas, porém, existe um outro modelo, baseado na operacionalização de Jahoda que também explica a relação entre saúde mental e o emprego, que se denomina por *Modelo das Vitaminas* de Warr (P. Warr & Jackson, 1987).

1.4.1. O modelo de privação no acesso aos benefícios manifesto e latentes: Jahoda

O *Modelo de Jahoda* permite pensar na saúde mental do indivíduo desempregado ou das necessidades psicológicas satisfeitas com a empregabilidade. Segundo este modelo, o bem-estar psicológico entra em declínio por perda de benefícios. Para Jahoda (1981) o trabalho oferece benefícios manifestos e latentes, defendendo o autor que os indivíduos são preparados para trabalhar por razões financeiras. Acrescenta que implicitamente também existem benefícios ao nível psicológico. Para Jahoda o indivíduo desempregado fica privado do rendimento (benefícios manifestos), mas é a perda de capacidade para satisfazer as necessidades psicológicas (benefícios latentes) que levam à deterioração do bem-estar, uma vez que está presente a privação de cinco necessidades psicológicas, designadamente: a) a *estruturação do tempo* que é culturalmente imposta; b) o *contacto social* que implica a partilha de experiências e contacto com outras pessoas fora do meio familiar, constituindo uma forma de ligação social; c) o *propósito colectivo*, promotor da interdependência; d) o estatuto; e) a actividade.

Tendo em conta que estas categorias de experiência se tornaram requisitos psicológicos nas sociedades modernas, e se o trabalho significa mais do que um meio de subsistência, então os significados da sua ausência não se cingirão, exclusivamente, às dificuldades económicas que possam acarretar. Efectivamente, a perda ou a ausência do emprego implica, linearmente, a privação dos benefícios manifesto e latentes do trabalho, pelo que, na maioria dos casos, terá consequências negativas, particularmente associadas à deterioração do bem-estar psicológico dos indivíduos desempregados e motivadas, primordialmente, pela privação dos benefícios latentes.

Assim sendo, é esperado que os empregados, por se manterem ocupados, tenham um maior acesso às funções psicológicas do que os desempregados que, na sua essência, se vêem privados dessa relação.

1.4.2 Modelo da restrição da acção ou da agência pessoal: Fryer

Este modelo (Fryer & Payne, 1986) apesar de reconhecer a importância dos benefícios latentes, enfatiza o papel importante da privação financeira para explicar o declínio do bem-estar face ao desemprego. Existem duas tónicas do modelo para explicar o declínio psicológico: 1) o desemprego resulta na pobreza, 2) torna o planeamento do futuro mais difícil. Deste modo, esta abordagem enfatiza que a pobreza, operacionalizada pela tensão financeira, é que leva à redução da saúde psicológica. De facto, a tensão financeira mostra ser um preditor da violência psicológica (Kessler, Turner, & House, 1987);(WARR & JACKSON, 1984) e apresenta efeitos depressivos nos parceiros dos desempregados (Conger et al., 1992; Conger, Ge, Elder, Lorenz, & Simons, 1994), sendo que a melhoria da situação financeira foi observada para o bem-estar psicológico na população desempregada (P. Warr & Jackson, 1987). Verifica-se que a presença de tensão financeira tem como efeito o desenvolvimento de sintomas depressivos, relacionando-se estes com a insatisfação conjugal, mesmo mediados pelo apoio social (Vinokur, Price, & Caplan, 1996). Os resultados de Creed & Watson (2003) mostram a importância da tensão financeira como variável associada ao bem-estar vs mal-estar do desempregado. Em 2001, Creed e Macintyre, demonstraram que tanto os benefícios latentes, como os manifestos foram significativamente associados ao sofrimento psicológico em situação de desemprego. Mas, no estudo de Creed e Klisch (2005) a carência dos benefícios manifestos foram mais fortes para explicar o declínio no bem-estar psicológico. Este resultado valorizou o *Modelo de Fryer's* na explicação dos efeitos do desemprego, sendo que, a perspectiva do futuro, como componente do modelo em questão, também foi significativamente associada ao sofrimento psicológico. A perspectiva do futuro é entendida como uma auto-representação em termos de esperanças e/ou medos que permite a antecipação dos acontecimentos futuros, nomeadamente ao nível da definição de planos, compromissos, opções e metas a atingir. Logo, conclui-se que em algumas situações, a privação económica e a perspectiva negativa do futuro prediz mal-estar psicológico, concluindo também, que a tensão financeira pode ter um impacto negativo na visão do futuro. Com isto, Creed e Klisch (2005) aludem que a redução da visão negativa do futuro pode diminuir a influência da tensão financeira e, por sua vez reduzir o sofrimento psicológico (mesmo quando a situação financeira se encontra inalterável), bem como outras implicações clínicas.

1.5 Mediadores do efeito do desemprego

Na literatura diferentes estudos indicam vários efeitos mediadores do desemprego.

Relativamente à *situação financeira do desempregado*, a maior parte dos estudos abordam este factor. Os desempregados também mencionam este factor como sendo um dos primeiros a ser abalados no desemprego. Uma vez que ocorre a diminuição de rendimentos o que implica um decréscimo na qualidade de vida do desempregado, e em simultâneo aumentam as despesas (mais tempo em casa logo, mais gastos de luz, água, deslocações de transporte aos Gabinetes de Inserção Profissional, Centros de Emprego e até às entrevistas). Leana e Feldman (1990) concluem que as dificuldades financeiras são um dos preditores mais fortes das reacções negativas ao desemprego. Para além disso, as dificuldades económicas estão geralmente associadas a medidas de angústia psicológica (Fryer, 1988; Hanisch, 1999; Herr, 1992).

Quanto à *idade*, na maior parte das situações o desemprego é sentido de forma mais negativa entre as pessoas de meia-idade, o que pode corresponder ao estágio de manutenção do desenvolvimento de carreira; visto que os jovens poderão ainda estar num estágio de exploração e portanto não sofrem tanto com as expectativas sociais de estabilização num emprego. Claro que estas interpretações não podem ser generalizadas.

Relativamente ao *género* não parece haver diferenças significativas na forma de sentir o desemprego (Muchinsky, 1997). Embora a nível de saúde mental não deteriore tanto para as mulheres uma vez que preenchem mais o seu tempo com as tarefas domésticas.

O *grau de satisfação com o trabalho anterior* parece estar relacionado com o modo como o desemprego é sentido. A necessidade de encontrar um novo emprego pode ser mais doloroso para aqueles que foram bem sucedidos e que experienciaram êxito psicológico através do trabalho prévio (Morris & Cook, 1991). Quanto mais envolvido o indivíduo estava no emprego anterior, maior é a probabilidade de vir a sofrer com o desemprego (P. Warr, et al., 1988).

Outro dos factores referidos como explicativos de parte de alguns problemas no desemprego é a *ausência de ocupação*. Alguns autores mencionam que os facto dos indivíduos desempregados estarem ocupados estão associados a uma diminuição dos possíveis efeitos negativos do desemprego. Reynolds e Gilbert (1991) afirmam que os indivíduos desempregados que são activos apresentam menor sintomatologia que aqueles que são menos activos. Por isso é que nos Centros de Emprego encontramos

uma medida de Emprego que se designa de: Contrato Emprego-Inserção, isto é, os indivíduos desempregados enquanto não encontram ofertas de emprego na sua área podem ocupar o seu tempo a trabalhar em entidades públicas.

A literatura também refere que o *suporte social* é um dos efeitos do desemprego. O suporte social que os indivíduos dispõem pode ser: a família, os amigos, os ex-colegas de trabalho, as associações, os centros de emprego, entre outros. Segundo Warr, Jackson e Banks (1988) mencionam que é fundamental manter uma lista de contactos e suportes sociais, quer emocionais, quer instrumentais, para manter a saúde no decorrer do desemprego.

Seguidamente abordaremos os *problemas psicológicos prévios ao desemprego*. Segundo Dooley, Caetano e Rook (1988), a relação do desemprego com as admissões psiquiátricas, não teria o desemprego como causa, mas as desordens existentes anteriormente seriam simplesmente postas a descoberto pelas mudanças inerentes ao desemprego. No entanto, as desordens mentais também se têm verificado em desempregados que nunca as tinham sido diagnosticadas (Hanisch, 1999). Com estes estudos podemos concluir que o facto de estar desempregado pode conduzir ao aparecimento de desordens psiquiátricas bem como a pré-existência de doença psiquiátrica possa favorecer o seu reaparecimento na situação de desemprego.

Por ultimo um dos factores mediadores dos efeitos do desemprego são o momento de vida em que o desemprego ocorre, ou seja, o conjunto de circunstâncias específicas da vida do indivíduo. O desemprego pode ter diferentes implicações consoante ocorre algum acontecimento de vida como por exemplo: antes do nascimento ou planeamento de um filho, após se ter perdido um ente querido, quando um dos elementos do casal também ficou desempregado, entre outros.

Em conclusão verificamos que os factores que moderam os efeitos do desemprego no indivíduo desempregado e o tipo de estratégias que ele tenderá a utilizar, podem ser diferenciadas em duas categorias: a) factores internos ao indivíduo e b) factores externos ao indivíduo (Fryer, 1988).

Capítulo II- Desemprego e Saúde

O crescimento exponencial da realidade do desemprego e as implicações da saúde que ele acarreta tem motivado, por parte da investigação, um interesse em torno dos significados de que esta experiência se reveste e que se traduzem em linhas de orientação e conclusões algo diversas. Desde logo, há uma dissonância fundamental em termos de investigação no que se refere às consequências negativas ou positivas da experiência de desemprego, registando-se evidências empíricas que suportam ambas as hipóteses, embora também seja importante salientar que grande maioria dos estudos defenda consequências negativas. Se algumas investigações (Creed & Macintyre, 2001; Creed & Reynolds, 2001; Ersoy-Kart & Erdost, 2008; Martella & Maass, 2000; P. Warr & Jackson, 1987; L. E. Waters & K. Moore, 2002) têm posto em evidência que, de um modo geral, os indivíduos desempregados experienciam mais efeitos negativos do que positivos na vivência do desemprego, com impacto notório a nível do seu funcionamento e bem-estar psicológico e social, outras investigações (Feather & Bond, 1983; Haworth & Lewis, 2005; L. E. Waters & K. A. Moore, 2002) reportam os efeitos positivos ou inócuos do desemprego, particularmente condicionados por variáveis mediadoras como a insatisfação relativamente ao emprego anterior; a utilização como uma oportunidade para reformular o seu projecto vocacional, permitindo redireccionar objectivos e prioridades de carreira, desenvolver novas competências e considerar novas alternativas (Hanisch, 1999; Latack & Dozier, 1986). Esta variedade de formas de experienciar o desemprego é visível nos sub-tipos de indivíduos desempregados que o estudo de (Wanberg, 1997) permitiu identificar: a) confiante mas preocupado, b) angustiado, c) despreocupado e indiferente, e d) optimista e a lidar com a situação.

Na revisão bibliográfica realizada observou-se que a problemática do desemprego pode ser estudada de diferentes formas tais como: estudos comparativos entre diferentes grupos populacionais (empregados e desempregados; homens e mulheres; e diferentes faixas etárias) (McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005); estudos longitudinais que acompanham os indivíduos desde o período de desemprego até estarem empregados novamente ou a situação inversa (McKee-Ryan, et al., 2005) e estudos com metodologias conjuntas (longitudinais e transversais). No que respeita aos estudos comparativos os autores alertam para a prudência na interpretação dos resultados, pois ao surgirem da comparação entre grupos, não significam que o menor

bem-estar nos desempregados seja causado unicamente pelo desemprego. Relativamente aos estudos longitudinais, embora apresentem a vantagem de acompanhar os indivíduos ao longo do tempo, têm que lidar com o efeito condicionante da mortalidade da amostra, ou então que os indivíduos não possuam as características desejáveis do estudo e deixem de colaborar.

De seguida abordaremos de forma sistemática e organizada as consequências do desemprego a nível da saúde física e mental.

2.1 Desemprego e Saúde Física

A sociedade contemporânea vem passando por profundas transformações que afetam directamente o mercado de trabalho tendo como consequência, a perda de condições de trabalho e aumento do desemprego. A bibliografia consultada associa a experiência do desemprego a efeitos negativos na saúde física.

Segundo Kessler (1987), citado por, Stellman (1997) e Fryer (1988) afirmam que diversos efeitos possíveis do desemprego, poder-se-ão fazer sentir em termos de saúde física. Jin, Shah, & Svoboda (1995) realizaram uma investigação de revisão de 46 artigos, sobre estudos de análise de séries temporais, transversais, controlo de caso e estudos de corte, com o objectivo de verificar as associações entre o desemprego e os efeitos adversos na saúde. Verificaram uma associação positiva entre as taxas de desemprego e as taxas de mortalidade em geral, bem como a mortalidade causada por doenças cardiovasculares.

Outros sintomas físicos relacionados com o desemprego são a hipertensão e o cansaço que revelam níveis mais elevados nos desempregados quando comparado com indivíduos empregados, como indica o estudo de Muller, Hicks e Winocur (1993) realizado numa amostra do sexo feminino. Também Graetz (1993) confirma que as pessoas empregadas apresentam níveis significativamente inferiores de problemas de saúde, em comparação com as pessoas desempregadas. Jin, Shah e Svoboda (1995), aferiram que indivíduos desempregados, involuntariamente, sobretudo em sequência do encerramento de fábricas, relataram maior sintomatologia e doenças físicas do que as pessoas empregadas.

Na linha dos estudos do funcionamento do sistema imunitário, Cohen e col. (2007), mostraram que existe uma recuperação da função imunológica quando os desempregados se tornam activos, sendo que Arnetz et al., (1987) através de uma

amostra de mulheres desempregadas, onde se procurava encontrar efeitos nas células envolvidas do sistema imunitário (células T,B e cortisol), evidenciou que ocorreram alterações neste sistema, em determinado período de tempo, principalmente após a perda de emprego.

A obesidade também surge associada ao desemprego (Wilczyńska-Kwiatek & Bargiel-Matusiewicz, 2008). No estudo de Lindstrom (2006) as mulheres desempregadas apresentavam obesidade, acompanhada de outras características tais como: baixa escolaridade, maior probabilidade de problemas de saúde e baixa participação social, comparativamente com mulheres que apresentavam peso normal.

Por fim é essencial realçar que as consequências físicas do desemprego não se repercutem simplesmente no indivíduo que se encontra desempregado, mas também na sua família. Estudos recentes indicam que as necessidades nutricionais de mulheres grávidas e crianças são frequentemente negligenciadas em função da diminuição da remuneração mensal resultante da perda do emprego. Este estudo é realçado por investigadores do Michigan que descobriram que um número elevado de crianças, filhos de pais desempregados sofre de problemas digestivos e desenvolvimento físico retardado. Estes problemas físicos podem resultar do facto de pais desempregados estarem demasiados preocupados com a pura sobrevivência negligenciando outras necessidades essenciais ao desenvolvimento dos seus filhos.

A deterioração da saúde nos desempregados, não é somente de índole fisiológica mas também psicológica (Hanisch, 1999).

Como podemos constatar, no que concerne ao impacto do desemprego ao nível da saúde física, este tem sido estudado sobretudo por investigadores americanos e britânicos (Reynolds & Gilbert, 1991), enquanto em Portugal, apesar de relevante, este impacto tem sido ainda insuficientemente estudado, não se encontrando estudos nesta área. Seria interessante investigar este fenómeno na população portuguesa desempregada para comparar com os estudos internacionais.

2.1.1. Desemprego e utilização de Serviços de Saúde

A utilização dos Serviços de Saúde reflecte a incidência de doença na população, sendo a informação também relevante para aferir quais os serviços médicos mais utilizados. Alguns estudos comprovam que o desemprego aumenta os problemas relacionados com a saúde física e mental, fazendo com que se acentue a procura pelos

serviços profissionais de saúde. Barsky, Orav, & Bates (2005) constatou que existe uma correlação significativa entre o aumento do desemprego, e o aumento dos internamentos hospitalares e das consultas em ambulatório. Também M. Brenner Harvey (Brenner, 2010), estudou os efeitos da saúde na população desempregada de longa duração e concluiu que quando o desemprego aumentava o internamento hospitalar geral e psiquiátrico em particular também aumentavam. Os desempregados, mais do que os empregados, indicam um maior número de visitas ao médico, de tomada de medicação e de internamento hospitalar (Jin, et al., 1995). No Canadá um grupo de desempregados quando inquiridos quanto à utilização dos Serviços de Saúde afirmaram ter utilizado duas vezes mais admissões hospitalares no último ano comparativamente ao período em que estavam empregados, tendo aumentado também o consumo de medicação (Eisenberg & Lazarsfeld, 1938). No estudo de Linn, Sandifer & Stein, (1985) que visava avaliar o impacto do *stress* nos homens, avaliado ao longo de 6 meses, mostrou que existiam diferenças significativas entre os homens empregados e desempregados. Também verificaram que os homens que tinham perdido o emprego, aumentavam, por sua vez, as visitas ao médico e o consumo de medicação. Ashley Harris (2009) indica que indivíduos desempregados apresentam um número mais elevado de baixas médicas e faltas por doença, sendo mais uma vez congruente com os estudos supra citados.

Verificamos que a utilização dos Serviços de Saúde no desemprego é uma área pouco investida em termos de pesquisa, contudo deverá ser dada mais atenção pelo impacto económico e social que este fenómeno acarreta.

2.1.2 Desemprego e Comportamentos de Saúde

O desemprego como podemos observar pode implicar consequências para a saúde do indivíduo, podendo ser agravadas se estiver relacionada com o abuso de consumo de álcool, tabaco ou drogas. Segundo Benach, Muntaner, Amable & Benavides, (2002) o desemprego está relacionado com risco de impactos adversos na saúde e estilos de vida menos saudáveis.

Quanto à problemática do consumo de álcool, vários estudos indicam a sua relação com o desemprego. Na Finlândia o consumo superior de álcool estava relacionado com o desemprego, especificamente nas mulheres e nos homens solteiros com baixa escolaridade, e quando a taxa de desemprego era elevada, ou seja, durante a

recessão (Luoto, Poikolainen, & Uutela, 1998). Curiosamente, as implicações dos resultados de um estudo da Noruega, recomenda que a redução do desemprego contribui para a redução do problema do álcool e que os desempregados apresentam o dobro da prevalência da perturbação do abuso de álcool, comparativamente com os reempregados (Claussen, 1999). Segundo Janlert (2002) os homens, especialmente os jovens desempregados, tendem a um aumento do consumo de álcool, em comparação com aqueles que possuem emprego, como também, revelaram algumas dificuldades para aqueles que querem obter um novo emprego.

Relativamente ao consumo de tabaco, vários autores também defendem uma forte correlação entre este e a perda de emprego. Santos e Barros (2004), realizaram um estudo com uma amostra portuguesa, em que a prevalência de fumadores era superior para os homens desempregados. Também o estudo de Hammarston e Janlert (2002) revelaram indícios de que o desemprego de longa duração em jovens (16 a 27 anos) tem efeitos maléficos a longo termo, principalmente no consumo tabágico.

A análise do consumo do álcool e tabaco nem sempre podem ser avaliados de forma independente, uma vez que podem ser consumidos em simultâneo. Segundo Wilczynska- Kwiatek e Bargiel-Matusiewicz (2008) Catalano et al, (1991), citado por, Stellman, (1997) e Mallinckrodt & Fretz (1988) indicam que o desemprego está associado a doenças relacionadas com o álcool e tabaco. A relação entre o desemprego, o tabagismo e o álcool é uma evidência empírica. Como afirma Montgomery, Cook, Bartley e Wadsworth, (1998) analisando uma amostra de 2.887 homens, concluíram que os homens desempregados que passaram por uma experiência de desemprego tinham maior propensão para o consumo de tabaco e o consumo de álcool demonstrando que o desemprego tem um papel significativo na aquisição de comportamentos de risco.

Relativamente aos comportamentos de saúde, constatamos que os comportamentos mais investigados são: o consumo do álcool e tabaco, havendo diversos estudos que tanto analisam os comportamentos separadamente como em simultâneo.

2.2. Desemprego e Saúde Mental

Ferrara, Acebal e Paganini (1976) definem a saúde mental como a expressão de luta do ser humano perante os seus conflitos, procurando enfrentá-los. Para Machado (S. M. d. Santos, 2001) “ *a actual crise financeira mundial vai ter consequências na saúde de forma global e particularmente na saúde mental*” (p.2) e Piachaud, (2008) considera que o desemprego é um factor social de risco para a saúde mental. São diversos os estudos cujas conclusões vão no sentido de confirmar que a situação de desemprego provoca efectivamente mudanças a nível psicológico (Fryer, 1988; P. Warr & Jackson, 1987) citado por (Herr, 1992; Reynolds & Gilbert, 1991). Estas mudanças a nível psicológico apontadas pelas diversas investigações são geralmente negativas, no sentido de uma diminuição do bem-estar subjectivo podendo mesmo conduzir a uma deterioração da saúde mental (Schultz-Gambard, Balz, Drewski, & Mowka, 1988) Mckee-Ryan e colaboradores(2005), alertam para a existência de diferenças estatisticamente significativas para os índices de mal-estar psicológico entre os empregados e os desempregados fornecendo assim informações muito úteis sobre a associação entre desemprego e bem-estar individual.

Segundo Kaufman (1982) a perda de emprego e o insucesso na procura do mesmo é esperado como algo que afecta a auto-estima dos sujeitos. Vários estudos apontam para o facto de o desemprego afectar o individuo, designadamente na diminuição da sua auto-estima e na redução do bem-estar psicológico (Frost & Clayson, 1991). A maioria dos estudos corrobora a ideia que a auto-estima é menor nos desempregados em relação aos empregados. A baixa auto-estima também foi encontrada nos desempregados do estudo de Muller, Hicks e Winocur (1993) Mcfayden (1995) ao compararem individuos empregados e desempregados, concluindo que os últimos apresentavam maior sofrimento psíquico.

Para Hoare e Machin (2009), os desempregados mais insatisfeitos com a situação de desemprego, com menos recursos pessoais e maiores dificuldades financeiras apresentavam maiores sintomas ao nível da saúde mental, do que aqueles desempregados que tinham auto-avaliações positivas e depositavam menos valor no emprego. Um dos principais factores que é apresentado como estando na origem de grande parte da deterioração da saúde mental, é a diminuição dos recursos económicos inerentes ao desemprego (Fryer, 1988; Hanisch, 1999; Herr, 1992; Muchinsky, 1997).

Segundo Lahelma(1992) a relação entre o desemprego e a doença mental é forte, dependente e directa, comprovado por um estudo transversal com 702 indivíduos finlandeses que o impacto do desemprego na saúde mental era mais significativo para os homens do que para as mulheres, sendo estas afirmações corroboradas por Artazcoz, Benach, Borrell & Cortès (2004). Relativamente às estratégias utilizadas para lidar com os efeitos psicológicos e pragmáticos do desemprego, as mulheres parecem tender a utilizar o *coping* focado na emoção, enquanto os homens usam mais o *coping* focado no problema (Hanisch, 1999).

Um dos factores também apontados como explicativos de parte dos problemas de saúde mental que podem acusar na situação de desemprego é a ausência de ocupação ou actividade, isto é, da aplicação de competências e ocupação de tempo livre. Esta actividade, poderá também contribuir para uma estruturação do tempo, factor importante na saúde mental: os efeitos adversos do desemprego são reduzidos na medida em que os indivíduos têm formas construtivas de utilizar o seu tempo(Dooley, et al., 1988).

2.2.1. Desemprego e Depressão/Ansiedade

A depressão provoca grande disfuncionalidade tanto a nível social, familiar, como profissional. De acordo com o DSM-IV (ASSOCIATION, 2002) a depressão integra-se na perturbação do humor. As características básicas deste distúrbio relacionam-se com a presença de humor depressivo (relacionado como vocabulário de Hipócrates, tendo definido a tristeza como *humor negro*) ou perda de interesse/prazer em todas as actividades durante um período de pelo menos duas semanas. A Depressão e os problemas que lhe estão associados não são causados por um único factor, mas por um conjunto de factores biológicos, psicológicos e sociais. Trata-se de uma das doenças psicológicas mais prevalentes dos nossos dias, atingindo cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo (W.H.O., 2011).

Para Spielberg (1972), a ansiedade é uma sensação de carácter emocional acompanhada de uma combinação de sentimentos de tensão, apreensão, de nervosismo, pensamentos desagradáveis e mudanças fisiológicas.

As diversas investigações efectuadas em torno deste tópico, constataram de uma forma geral que as pessoas desempregadas tendem a experienciar níveis elevados de depressão, angústia geral, juntamente com baixa confiança (P. Warr, et al., 1988). O

desemprego é um dos acontecimentos de vida mais stressantes, cujas consequências mais frequentes são sintomas de ordem psíquica como o stress e a depressão, representando por isso, na maior parte das vezes, uma situação de difícil adaptação (P. Warr, et al., 1988).

Diferentes estudos têm associado, consistentemente, o desemprego e a depressão (M. W. Linn, et al., 1985; Wilczyńska-Kwiatek & Bargiel-Matusiewicz, 2008). Hamilton e col. (1993) afirmam que, além do desemprego estar relacionado com os sintomas depressivos e ansiogénicos, também está relacionado com o desemprego subsequente.

Os diversos estudos vão no sentido de que as consequências mais frequentes do desemprego são sintomas de ordem psiquiátrica como o stress e a depressão, em pessoas que antes não os apresentavam (Hanisch, 1999) embora também seja notório que as pessoas mais propensas a terem problemas psicológicos também ficam mais facilmente desempregadas (Hanisch, 1999). Um estudo que visava avaliar o impacto de stress no sexo masculino, avaliado ao longo de 6 meses, mostrou que existiam diferenças significativas entre os homens empregados e desempregados, sendo que os sintomas de depressão e ansiedade eram evidentes para os homens que tinham perdido o emprego (M W Linn, et al., 1985). Os altos níveis de depressão, ansiedade e irritabilidade foram encontrados nos desempregados do estudo de Waters e Moore (2002) e Grossi e colaboradores (1998).

Num estudo longitudinal recente, realizado na Austrália oriental, Butterworth e colaboradores (2009) encontraram uma associação, consistente, entre as dificuldades financeiras e a experiência de depressão. Os resultados mostraram uma associação mais forte para os indivíduos com história de depressão, do que para aqueles em que o episódio depressivo surgiu depois das dificuldades financeiras. Os autores alertaram que a existência de possíveis mediadores, constituídos pela, maior ou menor, vulnerabilidade psicológica poderão explicar a incidência da sintomatologia depressiva.

Um estudo realizado com uma amostra da população portuguesa desempregada mostrou que depressão está significativamente associada ao desemprego em comparação com a população geral (Gomes, 2003). De facto, a depressão parece estar relacionada, inversa e negativamente, com a interação entre autonomia, actividade e apoio social (factor protector), para os homens desempregados (Reynolds & Gilbert, 1991). O estudo de Meyer e Lobao (2003), realizado nos EUA, constatou que as dificuldades económicas foram preditoras consistentes de *stress* e depressão para ambos

os sexos. Deste modo, podemos afirmar que a depressão é elevada entre indivíduos com salários mais baixos, com menor escolaridade e em desempregados de curta ou longa duração. (Willimack & Goldenberg, 2002).

Como podemos verificar diferentes estudos têm associado, consistentemente, o desemprego e a depressão (Dew, Bromet, & Penkower, 1992; Kasl, Gore, & Cobb, 1975; M W Linn, et al., 1985).

O reemprego parece ser um dos factores que mais contribui para uma melhoria dos sintomas depressivos e de mal-estar psicológico dos indivíduos desempregados (Dooley, et al., 1988).

Ao longo da revisão bibliográfica fomos constatando que a depressão era a psicopatologia com maior incidência e a variável mais estudada nesta temática do desemprego.

2.2.2. Desemprego e Somatização

Os distúrbios somatoformes são um grupo de problemas nos quais as pessoas sofrem de sintomas somáticos ou preocupam-se com doenças corporais ou deformidades que não podem ser contabilizadas por uma causa médica orgânica ou outro distúrbio psiquiátrico, como a depressão ou ansiedade. Enquanto as doenças psicossomáticas não são mais reconhecidas como distúrbios distintos – como qualquer factor psicológico ou comportamental pode afectar qualquer condição médica – os distúrbios somatoformes detêm a implicação de serem completamente ou predominantemente causados por processos psicológicos. Em alguns casos esta presunção pode ser injustificada.

No DSM IV a categoria dos distúrbios de somatização emerge de anteriores noções de histeria (Hyler & Spitzer, 1978) e inclui sete distúrbios relacionados: *distúrbio de somatização* (antigo Síndrome de Briquet's ou histeria), *distúrbio da conversão*, *distúrbio da dor* (antigo distúrbio psicogénico ou somatoforme da dor), *hipocondria*, *distúrbio dismórfico do corpo*, e duas categorias residuais para pacientes que não preenchem completamente os critérios para nenhum dos distúrbios previamente mencionados – *distúrbio somatoforme diferenciado* e *distúrbio somatoforme não especificado*.

A somatização é um conceito actual que ao longo do tempo tem sido definido de inúmeras formas, sendo a ambiguidade deste muitas vezes referida na pesquisa

relacionada com a somatização (Almeida, 2006) A somatização pode ser definida no sentido mais abrangente, pela simples contagem de sintomas onde se inclui a definição de Kellner (1990). Nesta linha inclui também a definição de Mayou (1993) em que a somatização é definida através de sintomas físicos não orgânicos, ou seja, os chamados sintomas sem explicação médica (Almeida, 2006)

Num estudo que visava avaliar o impacto do *stress* em 300 indivíduos do sexo masculino, avaliado ao longo de 6 meses, mostrou que existiam diferenças significativas entre os homens empregados e os desempregados, pois eram evidentes para os homens que tinham perdido o emprego, apresentavam sintomas de somatização (M W Linn, et al., 1985). No estudo de Ashley Harris (2009) indicam que indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados de somatização. Segundo François Mai (2004) os desempregados apresentam níveis superiores de somatização comparativamente a outras doenças do foro psiquiátrico. Verifica-se que os indivíduos desempregados exibem elevadas taxas de sintomas somáticos comparativamente aos indivíduos empregados. Hamilton e col. (1993) afirmam que, além do desemprego estar relacionado com os sintomas somáticos, também está relacionado com o desemprego subsequente.

Embora a somatização seja um fenómeno clínico importante e que afecte o indivíduo quer a nível individual quer social, temos consciência que as dificuldades a nível da definição e classificação fazem com que este problema seja subestimado na investigação. Quando associamos a somatização à variável de desemprego concluímos que tem sido alvo de um número quase inexistente de estudos.

2.2.3. Desemprego e Suicídio

Os estudos sobre factores de risco para suicídio ou tentativa de suicídio tem apontado uma elevada correlação desses fenómenos com a presença de alguma desordem psiquiátrica como transtorno de humor, transtorno relacionado com consumo de substâncias, esquizofrenia e transtorno de personalidade. Ao longo das revisões bibliográficas constataram-se varias relações causa-efeito entre suicídio e desemprego.

Wilczynska- Kwiatek e Bargiel – Matusiewicz (2008) afirmam que o desemprego está associado ao risco de suicídio, também WHO (2011) alerta para um possível aumento da incidência do suicídio, em consequência da crise financeira mundial. Recentemente, encontram-se dados alarmantes a nível internacional quanto ao índice de mortalidade associado às taxas de desemprego. Por exemplo, actualmente,

Chang e col. (2009) encontraram resultados que sugerem que existe uma associação entre a crise económica asiática com o aumento da mortalidade por suicídio, estritamente associado ao aumento do desemprego. Por sua vez, Chatterjee (2009), num estudo realizado na Índia, refere que as taxas de suicídio geralmente aumentam no confronto com a crise financeira. Vejamos por exemplo que a exposição ao desemprego, de jovens adultos da Nova Zelândia, foi associado ao aumento moderado do risco para comportamentos suicidas (ideação suicida e tentativa suicida), para todas as idades no intervalo de 16-25 anos, apesar de os autores considerarem outros factores que podem explicar esta associação. Os jovens expostos ao desemprego durante 6 meses ou mais, tiveram resultados que foram 2.5 a 3 vezes mais elevados que os que não foram expostos ao desemprego (Fergusson, Boden, & Horwood, 2007).

Em relação a Portugal, se retrocedermos numa dimensão histórica podemos verificar que os pontos máximos de suicídio se verificaram nos anos 80, entre 1983 e 1985, estando associados à conjuntura de crise económica e social desses anos, correspondendo a uma crise económica vivida no país, fortemente marcada por elevadas taxas de desemprego e inflação (Campos & Leite, 2002). De facto, o suicídio está associado directamente ao desemprego e à permanência de doença, independentemente de outras variáveis sócio-demográficas (Lewis & Sloggett, 1998).

O suicídio e para-suicídio também possuem forte correlação com o facto de se perder o emprego (Fryer & Payne, 1986). Várias investigações com estudos de caso (Claussen, 1999) concordam em assinalar a existência de uma correlação significativa entre conduta suicida e desemprego.

Tal como já foi referido a crise económica é responsável por quadros depressivos e que se podem constituir num “*importante risco*” de comportamentos autodestrutivos. Verificamos que estes comportamentos autodestrutivos, de que o suicídio é a forma mais grave, surgem num contexto de uma extraordinária desesperança e de uma descrença em que se consigam resolver o problema relacionado com o desemprego. Na literatura encontramos alguns estudos que relacionam estas duas variáveis (desemprego e suicídio), um pouco por todo o mundo, Portugal, Alemanha, Índia e Nova Zelândia, mostrando assim a existência de uma razão causa-efeito.

Capítulo III – Metodologia

3.1 Objectivos

Este estudo tem como objectivo analisar as diferenças entre o grupo de desempregados e o grupo de empregados relativamente aos dados de saúde (à utilização de serviços de saúde, à medicação e aos comportamentos de saúde), e às dimensões de psicopatologia (somatização e sintomatologia psicopatológica).

As hipóteses fazem a ponte entre a parte teórica e a parte empírica da investigação devendo a mesma justificar a parte empírica da investigação (Hill & Hill, 1998). Tendo em conta os objectivos supracitados foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: Os indivíduos desempregados recorrem mais aos serviços de saúde do que os indivíduos empregados.

H2: Os indivíduos desempregados consomem mais medicação do que os indivíduos empregados.

H3: Os indivíduos desempregados apresentam mais comportamentos de saúde de risco do que os indivíduos empregados.

H4: Os indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados de somatização do que os indivíduos empregados.

H5: Os indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados de psicopatologia sintomatológica do que os indivíduos empregados.

H6: Os indivíduos desempregados de longa duração apresentam menor sintomatologia psicopatológica do que os indivíduos desempregados de curta duração.

3.2 Amostra

Os participantes do estudo são utentes inscritos no Gabinete de Inserção Profissional da Junta de Freguesia de Aver-o-Mar e no Instituto de Emprego e Formação Profissional da Póvoa de Varzim. O estudo é composto por uma amostra total de 200 utentes sendo 100 empregados e 100 desempregados.

3.2.1. Caracterização Sociodemográfica

Pela **Tabela 1**, verificamos que, em ambos os grupos predomina o género feminino 64% no grupo dos empregados e 70% no grupo dos desempregados. Todos os indivíduos são de raça caucasiana, com idades compreendidas entre os 18 anos de idade e os 63 anos respectivamente. O grupo de empregados, detêm 23% de indivíduos com idades compreendidas 20-30 anos, 37% com idades entre os 30-40 anos, 25% entre os 40-50 anos, e 14% com mais de 50 anos de idade. Comparativamente, o grupo de desempregados, apresentam 7% de indivíduos com menos de 20 anos, 28% com idades entre os 20-30anos, 29% entre os 30-40 anos, 15% entre os 40-50 anos, e 21% com mais de 50 anos de idade. Quanto ao estado civil, verificamos que o grupo de indivíduos empregados, 68% são casados enquanto no grupo de indivíduos desempregados, a maior incidência situa-se nos 42% solteiros. As habilitações oscilam entre o ensino básico e secundário para os dois grupos embora, predomina no grupo de empregados, a maior incidência de licenciados e com mestrado. Quanto às profissões que os indivíduos exercem nos dois grupos, verificamos que maioria dos empregados exerce profissões inseridas no nível 3 em 21% dos casos e nível 5 em 29% dos casos. O grupo de desempregados exercia profissões, em 63% dos casos de nível 5. Por último, 65% dos indivíduos empregados e 78% dos desempregados habitavam em zona urbana. Destacamos também, no grupo de indivíduos com emprego, 58% apresentavam emprego estável enquanto 42% emprego instável.

Tabela 1 - Distribuição de frequência segundo as características sócio demográficas dos indivíduos agrupados por empregados e desempregados

	Empregados		Desempregados	
			Género	
	n	%	N	%
Feminino	64	64.0	70	70.0
Masculino	36	36.0	30	30.0
			Idade	
	n	%	N	%
<20 anos	1	1.0	7	7.0
20-30 anos	23	23.0	28	28.0
30-40 anos	37	37.0	29	29.0
40-50 anos	25	25.0	15	15.0
>50 anos	14	14.0	21	21.0
			Estado Civil	
	n	%	N	%
Casado(a)	68	68.0	39	39.0
União de Facto	2	2.0	3	3.0
Solteiro(a)	21	21.0	42	42.0
Divorciado(a)	6	6.0	12	12.0
Separado(a)	1	1.0	--	--
Viúvo(a)	2	2.0	4	4.0
			Grau de Escolaridade	
	n	%	N	%
Ensino Primário	5	5.0	22	22.0
Ensino Básico	26	26.0	39	39.0
Ensino Secundário	33	33.3	20	20.0
Bacharelato	3	3.0	4	4.0
Licenciatura	27	27.0	10	10.0
Mestrado	6	6.0	3	3.0
Doutoramento	--	--	--	--
			Profissão	
	n	%	N	%
Nível 1	15	15.0	9	9.0
Nível 2	20	20.0	7	7.0
Nível 3	21	21.0	14	14.0
Nível 4	15	15.0	3	3.0
Nível 5	29	29.0	63	63.0
NR	--	--	4	4.0
			Local de Residência	
	n	%	N	%
Zona Rural	35	35.0	22	22.0
Zona Urbana	65	65.0	78	78.0

3.2.2. Estilos de Vida e Vigilância de Saúde

Em termos de classificação do estilo de vida e saúde, verificamos que a maioria dos indivíduos, quer com actividade profissional, quer desempregados consideram ter um estilo de vida e vigilância de saúde entre média e boa. Quanto à incidência de consultas com o Médico de Família, em média os indivíduos que exercem uma actividade profissional recorreram ao médico 2 vezes (M=2; DP=2.51) enquanto os desempregados 3.9 vezes (M=3.9; DP=3.12).

Pela **Tabela 2**, constatamos que na maioria dos casos, os indivíduos empregados (79%), recorrem ao médico de família mais do uma vez e não mais de cinco vezes. Paralelamente, o grupo de desempregados, tendem (69%) a recorrer entre uma a cinco vezes ao médico de família embora, 29% realizam mais de cinco consultas médicas com o médico de família. Em média os indivíduos desempregados estiveram doentes, 8.3 dias comparativamente com 3.3 dias dos empregados.

Tabela 2 - Distribuição segundo serviços de saúde - número de consultas e número de dias doentes nos grupos de empregados e desempregados.

	Empregados		Desempregados	
	n	%	n	%
		Consultas médicas		
Nenhuma	13	13.0	2	2.0
1 - 5 Consultas	79	79.0	69	69.0
Mais de 5 Consultas	8	8.0	29	29.0
		Dias que esteve doente		
Média (dias)	3.3		8.3	
DP (dias)	6.933		11.865	
Moda (dias)	0		5	

Pela **Tabela 3**, registamos as características dominantes ao nível de patologias associadas, consumo de medicação e quais os tipos de medicamentos mais consumidos. Verificamos que o grupo de indivíduos com actividade profissional, 78% não consome medicamentos, sendo que, dos 22% que consomem, na maioria dos casos são anti-hipertensores. Não tendo sido relevante as patologias referidas por este grupo de indivíduos. Paralelamente, no grupo de indivíduos desempregados, 15% apresentavam patologias do foro Psiquiátrico enquanto 13% as patologias estavam associadas ao sistema ósseo e 9% referiram patologias cardiovasculares. Deste grupo de indivíduos destacamos que 47% consomem medicamentos sendo 12% dos casos anti-depressivos e em 11% dos casos anti-hipertensores.

Tabela 3 - Distribuição segundo as doenças que os indivíduos apresentam, tipo de medicação

	Empregados		Desempregados	
	N	%	n	%
			Doenças (SIM)	
Cardiovascular	5	5.0	9	9.0
Sistema Respiratório	1	1.0	3	3.0
Sistema Circulatório	2	2.0	4	4.0
Sistema Ginecológico	--	--	--	--
Sistema Urológico	--	--	1	1.0
Sistema Reprodutor	--	--	1	1.0
Sistema Muscular	1	1.0	3	3.0
Sistema Locomotor	--	--	--	--
Sistema Digestivo	1	1.0	6	6.0
Foro Psiquiátrico	4	4.0	15	15.0
Sistema Nervoso	2	2.0	4	4.0
Sistema Endócrino	2	2.0	4	4.0
Sistema Ósseo	1	1.0	13	13.0
Oncológico	--	--	--	--
Outras	7	7.0	--	--
			Consumo de Medicamentos	
	N	%	n	%
Sim	22	22.0	47	47.0
Não	78	78.0	53	53.0
			Categoria do Medicamento	
	N	%	n	%
Anti-diabéticos	2	2.0	3	3.0
Anti-hipertensores	9	9.0	11	11.0
Dislipidemias	2	2.0	4	4.0
Antidepressivos	3	3.0	12	12.0
Complexo Vitaminico	2	2.0	7	7.0
Ansiolítico/Neuroléptico	1	1.0	1	1.0
Outros	4	4.0	9	9.0

Quanto aos hábitos tabágicos e consumo de álcool, Tabela 4, verificamos que os indivíduos desempregados apresentam maior incidência de consumo de tabaco (31.0%). No entanto também registamos que há um consumo mais acentuado pelo número de indivíduos desempregados uma vez que fumam cerca de 40 cigarros diariamente. Paralelamente, os indivíduos com actividade profissional revelam ser os que apresentam maior incidência no consumo de bebidas alcoólicas (41.0%), em média 1.71 bebida (M=1.17;DP=1.29) dos quais, diariamente (12.0%) ou ocasionalmente (17.0%).

Tabela 4 - Distribuição segundo, hábitos tabágicos e de álcool, nos dois grupos de indivíduos.

	Empregados		Desempregados		
	n	%	n	%	
Não fumador	79	79.0	64	64.0	
	Fumador	15	15.0	31	31.0
	Ex. fumador	6	6.0	5	5.0
	Consumo de álcool				
	n	%	n	%	
Sim	41	41.0	38	38.0	
Não	59	59.0	62	62.0	

Relativamente à sintomatologia psicopatológica avaliado pelo BSI, Tabela 5, verificamos que os indivíduos desempregados tendem a apresentar pontuações médias bastante superiores aos indivíduos com actividade profissional. Destacamos, ao nível da somatização avaliado pelo BSI, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ideação paranoide, hostilidade, cujas pontuações médias são significativamente superiores aos dos indivíduos empregados.

Tabela 5 - Características psicométricas das subescalas da BSI e PILL.

Subescalas	Empregados		Desempregados	
	M	DP	M	DP
	Sub-escalas BSI			
Somatização BSI	2.42	2.505	4.65	3.820
Obsessão	4.06	2.876	5.93	3.960
Sensibilidade Interpessoal	3.01	2.984	5.23	4.295
Depressão	3.06	3.472	5.72	4.759
Ansiedade	3.22	2.857	5.40	3.895
Hostilidade	3.32	2.734	5.39	4.364
Ansiedade Fóbica	1.58	2.583	2.00	2.527
Ideação Paranoide	4.51	3.560	6.49	4.821
Psicoticismo	2.05	2.638	3.32	3.303
	M	DP	M	DP
Somatização PILL	3.45	2.150	4.44	2.791

Pela Tabela 6, verificamos que cerca de 26% dos indivíduos têm mais pessoas desempregadas no agregado familiar, onde, 37% dos casos deve-se a despedimento enquanto em 29% não houve renovação contratual. Como justificação às situações que despoletaram o desemprego, os resultados revelaram a não adaptação ao trabalho (n=2), problemas de saúde (n=2) assim como, a extinção do posto de trabalho (n=3) ou então falência (n=6).

Ao nível de apoios financeiros, os resultados evidenciam que 47% apresentam subsídio de desemprego, 44% recebe apoio da família e 26% tem o vencimento do

cônjuge. Face à realidade de desemprego, muitas vezes as famílias vêm-se na necessidade de colmatar algumas dificuldades, pela Tabela 6, verificamos que, 45% dos indivíduos desempregados recorrem e pedem ajuda a terceiros enquanto 17% pede ajuda a organizações de apoio financeiro.

Tabela 6 - Distribuição da amostra no grupo de indivíduos desempregados segundo, a existência de mais pessoas no agregado familiar desempregado, causas, recursos e necessidades

Desempregados		
Mais pessoas desempregadas no agregado familiar		
	N	%
Sim	26	26.0
Não	74	74.0
Causas do desemprego		
	N	%
Cessação do contrato	29	29.0
Desemprego por opção própria	8	8.0
Desemprego por opção do empregador	37	37.0
Outras causas	24	24.0
Recursos financeiros que possui face ao desemprego (SIM)		
	N	%
Apoio da Família	44	44.0
Subsídio de desemprego	47	47.0
Bolsa de Formação	3	3.0
Biscates	10	10.0
Rendimento Social de Inserção	13	13.0
Ausência de Rendimento	6	6.0
Salário do(a) cônjuge	26	26.0
Outros recursos	5	5.0
Necessidades apresentadas		
	N	%
Penhorar ou vender objectos pessoais	12	12.0
Passar sem refeições	5	5.0
Pedir ajuda a terceiros	45	45.0
Pedir ajuda a organizações de apoio financeiro	17	17.0
Deixar de comprar medicamentos	12	12.0
Deixar de ir ao médico	6	6.0
Outros	59	59.0

Dentro do grupo de indivíduos desempregados, quando abordados sobre o facto de apresentarem ou não após o desemprego alguma condição de saúde, tais como acidente, doenç a, deficiência ou outra, verificamos que, 35% dos inquiridos referem que sim. Destacamos apenas que, as patologias apontadas prendem-se essencialmente a patologias do Foro Psiquiátrico (15%), Sistema  sseo (6%), Cardiovasculares (4%), e do foro Digestivo (4%). Paralelamente os restantes 64% indicaram que não apresentavam numa condição de saúde.

3.2. Instrumentos

Para proceder à recolha de dados neste estudo foram utilizados um questionário sociodemográfico e dois instrumentos de avaliação, o PILL (Almeida, 2002) para avaliar sintomas e sensações físicas comuns e o BSI (Canavarro, 1999) para avaliar sintomas psicopatológicos. A escolha de ambos os instrumentos teve por base o objectivo do presente estudo, a população alvo e a pesquisa realizada.

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado, para este estudo, um questionário para recolha de dados sócio-demográficos, estilos de vida e vigilância da saúde dos participantes. O questionário é constituído por 12 itens em formato de resposta fechada e 18 itens em formato de escolha múltipla. A parte final do questionário destinava-se somente aos desempregados, onde constavam 5 itens de resposta fechada e 5 de resposta múltipla.

3.2.2. The Pill -The Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (Almeida, 2002)

O Pill (Almeida, 2002) é uma medida de sintomas e sensações físicas comuns. Este inventário é constituído por 54 itens e tem como finalidade avaliar a frequência da ocorrência de um colossal número de sensações e sintomas físicos comuns. Os participantes cotam a frequência da experiência destes sintomas através de uma escala de Likert de 5 pontos que vai desde 1-nunca ou quase nunca sentiu o sintoma, até 5 – mais do que uma por vez semana. Esta medida não tem subescalas, obtêm-se apenas um somatório total que pode variar de 0 a 54, visto que a cotação consiste em cotar o nº total de itens em que o sujeito responde a este método de cotação é dado o nome de método binário. O método de somatório por seu lado, comporta em somar o valor obtido em todos os itens, independentemente da opção de resposta.

Efectuaram-se os cálculos estatísticos para o PILL, começando pelo cálculo do *alfa de Cronbach* para a escala total, obtendo-se um valor de *alfa* de 0.88 com o método binário e de 0.90 com o método do somatório, o que exprime uma boa consistência interna, com a maioria dos itens a apresentarem correlações superiores a 0.15. Sendo assim a escala ficou constituída por 54 itens, tendo sido preservados todos os itens.

Conclui-se das análises efectuadas, bons níveis de consistência interna na escala, a oscilarem entre os valores de 0.88 usando o método binário e de 0.90 para o método do somatório. Podemos constatar que estes valores são muito idênticos aos verificados nas análises da escala original de Pennebaker (1982), isto é, alfas de 0.88 e 0.91 para o método binário e para o do somatório respectivamente.

3.2.3. BSI – Brief Symptom Inventory (Canavarro, 1999)

O BSI é um inventário que avalia sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional (C. Canavarro, 2008).

O BSI é um bom indicador de sintomas de foro psicopatológico e um bom discriminador de saúde mental permitindo distinguir os indivíduos que apresentam perturbações emocionais daqueles que não as apresentam. Este inventário é de auto-resposta, com uma administração estimada de 8 a 10 minutos, e pode ser aplicado individual ou colectivamente, sendo constituído por 53 itens. O indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou, durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, cotado desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico ou psicológico, a quaisquer outros doentes e a indivíduos da população geral que não se encontrem perturbados emocionalmente (Canavarro, 1999).

As nove dimensões básicas do BSI descritas por Derogatis (1982), cit. por (Canavarro, 1999) e que avaliam os sintomas psicopatológicos são as seguintes: somatização (7 itens), obsessões – compulsões (6 itens), sensibilidade interpessoal (4 itens), depressão (6 itens), ansiedade (6 itens), hostilidade (5 itens), ansiedade fóbica (5 itens), ideação paranóide (5 itens) e psicoticismo (5 itens); os outros 4 itens não se integram em nenhuma destas dimensões, mas foram mantidos por incluírem sintomatologia relevante, sendo considerados nos três índices Globais.

Por sua vez, os três Índices Globais são: Índice Geral de Sintomas (IGS = pontuação total/nº total de respostas), Índice de Sintomas Positivos (ISP= soma de todos os itens/itens cotados > 0), e Total de Sintomas Positivos (TSP= itens cotados > 0).

Os estudos de fidelidade da versão portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram os seguintes resultados: alfa de Cronbach de 0.797 para a obsessão – compulsão; 0.760 para a sensibilidade interpessoal; 0.728 para a depressão; 0.766 para a ansiedade; 0.759

para a hostilidade; e 0.718 para a ideação paranoide. As escalas de ansiedade fóbica e de psicoticismo apresentam menor fidelidade, com um alfa de Cronbach de 0.624 e de 0.621, respectivamente. Foi encontrada boa estabilidade temporal nesta amostra portuguesa do inventário.

Os estudos da validade revelam boa validade discriminativa com base num teste de Análise Discriminante, com um Lambda de Wilks de 0.17 (Canavarro, 1999).

A **Tabela 7**, para as sub-escalas da BSI, na amostra global, apresenta elevados valores de consistência interna, com *alfa de Cronbach* a oscilar entre de 0.94 e 0.96. Comparativamente, as subescalas da somatização (*alfa* = 0.94), obsessões (*alfa* = 0.95), Hostilidade (*alfa* = 0.95), Ideação Paranoide (*alfa* = 0.95), Psicoticismo (*alfa* = 0.95) e Somatização PILL (*alfa* = 0.95) apresentam consistência interna superior às sub escalas sensibilidade interpessoal (*alfa* = 0.94), depressão (*alfa* = 0.94) e ansiedade (*alfa* = 0.94). Por último a sub-escala com maior consistência interna, ansiedade fóbica (*alfa* = 0.96).

As subescalas que compõem a escala BSI e PILL.

Tabela 7 - Características psicométricas das subescalas da BSI e somatização PILL

	N	M	DP	Alpha de Cronbach
Somatização	200	3,53	3,410	0,945
Obsessões	200	4,99	3,576	0,947
Sensibilidade Interpessoal	200	4,11	3,851	0,945
Depressão	200	4,38	4,363	0,944
Ansiedade	200	4,31	3,578	0,943
Hostilidade	200	4,35	3,777	0,947
Ansiedade Fóbica	200	1,79	2,557	0,957
Ideação Paranoide	200	5,50	4,342	0,947
Psicoticismo	200	2,68	3,048	0,947
Somatização PILL	200	3,94	2,534	0,953

3.3 Procedimentos

Inicialmente foram feitos contactos com o Centro de Emprego da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, nomeadamente com a respectiva Directora, para apresentar o referido estudo e efectuar a autorização para o desenvolver no Gabinete de Inserção Profissional da Junta de Freguesia de Aver-o-Mar. Após este contacto, o projecto de investigação foi apresentado na Junta de Freguesia aos respectivos órgãos de direcção no sentido de obter o diferimento para a realização do mesmo. Foi então agendada uma reunião com o Presidente da Junta de Freguesia de Aver-o-Mar, onde foram apresentados e discutidos os objectivos e metodologia do estudo, e de onde resultou, o deferimento para a realização do mesmo.

O procedimento da recolha dos dados passou pelos seguintes passos: a) distribuição do protocolo de avaliação pela técnica aos utentes do Gabinete de Inserção Profissional de Aver-o-Mar; b) a técnica solicitou o preenchimento do protocolo, informando do objectivo geral do estudo, garantindo a participação voluntária e o grau de confidencialidade dos seus dados pessoais; c) o utente preencheu individualmente o protocolo no gabinete e quando terminou, entregou-o à técnica. A ordem de administração foi a seguinte: primeiro foi administrado o questionário Sócio-Demográfico, em segundo lugar, o questionário PILL e em terceiro lugar o BSI.

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados formulada no programa informático de estatística SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences). No tratamento dos dados recorremos à estatística descritiva assim, foi desenhado para esta análise um estudo exploratório, de natureza correlacional. A avaliação em termos descritivos apoia-se na interpretação das frequências absolutas e relativas tendo como suporte também, as medidas de tendência central (média e moda) e de dispersão (desvio padrão).

A caracterização dos grupos (empregados e desempregados), em relação às variáveis de interesse, baseiam-se numa análise descritiva. Recorremos para o efeito, aos testes: t de student, e teste de Qui quadrado (χ^2) tendo sido previamente avaliada a normalidade das distribuições, utilizou-se o teste de Kolgomorov-Smirnov como teste de avaliação da normalização. Quanto à homogeneidade das variâncias, foi testada pelo teste de Levene (Pestana & Gageiro, 2003). Neste estudo utilizaram-se ainda os níveis de 90 e 95% de significância.

Capítulo IV - Resultados

Torna-se necessário tratar os dados recolhidos com vista ao sucesso da investigação. Segundo Fortin (1999) “o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo”. De acordo com Fortin (1999), será importante distinguir os resultados relacionados directamente com as questões que guiaram a investigação, dos resultados complementares que podem facilitar uma maior compreensão do fenómeno ou de certos aspectos deste. Os resultados deste estudo empírico vão ser apresentados de acordo com os objectivos delineados inicialmente e as hipóteses levantadas.

H¹₀: Os indivíduos desempregados recorrem mais aos serviços de saúde do que os indivíduos empregados.

Pela **Tabela 8** verificamos que são os indivíduos desempregados aqueles que tendem a procurarem serviços de saúde com mais frequência (mais de 5 consultas, 29.0%). Da análise das diferenças, ($\chi^2= 20.661$; $p<0,01$), permite-nos constatar que, os indivíduos desempregados recorrem mais aos serviços de saúde do que os empregados.

Tabela 8 - Frequências observadas entre n° consultas e estatuto laboral.

		Estatuto Laboral		Total	
		Empregado	Desempregado		
N.º Consultas	Nenhuma	N	13	2	15
		%	13,0%	2,0%	7,5%
	1 - 5 Consultas	N	79	69	148
		%	79,0%	69,0%	74,0%
	Mais de 5 Consultas	N	8	29	37
		%	8,0%	29,0%	18,5%
Total	N	100	100	200	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

H²₀: Os indivíduos desempregados consomem mais medicação do que os indivíduos empregados.

Pela **Tabela 9** apesar de haver um predomínio em ambos os grupos de indivíduos para não consumirem medicamentos, verificamos também que, 47% dos indivíduos desempregados e dos 22% de indivíduos empregados, consomem medicamentos. Observando –se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 3.829$; $p<0,01$), ou seja, os indivíduos desempregados consomem mais medicação do que os empregados.

Tabela 9 - Frequências observadas entre consumo de medicamentos e estatuto laboral.

		Estatuto Laboral		Total	
		Empregado	Desempregado		
Consome medicamentos	Sim	n	22	47	69
		%	22,0%	47,0%	34,5%
	Não	n	78	53	131
		%	78,0%	53,0%	65,5%
Total	n	100	100	200	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

H³₀: Os indivíduos desempregados apresentam mais comportamentos de saúde do que os indivíduos empregados.

Pela **Tabela 10**, apesar das ligeiras diferenças ao nível das médias de consumo de tabaco e de álcool entre os grupos em análise, não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($t= 0.511$; $p>0,05$) e ($t= -0.650$; $p>0,05$) respectivamente.

Tabela 10 - Médias e desvio padrão para o consumo de tabaco e álcool segundo o estatuto laboral

	Estatuto Laboral	N	M	DP	t	p
Consumo de cigarros dia	Empregado	15	11,47	8,219	0,511	0,612
	Desempregado	31	10,03	9,247		
Consumo álcool	Empregado	41	1,71	1,289	-0,650	0,517
	Desempregado	38	1,89	1,269		

H⁴₀: Os indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados de somatização do que os indivíduos empregados.

Pela **Tabela 11**, verificamos que os indivíduos desempregados, apresentam valores médios superiores para somatização quer utilizado a escala BSI ($t=-4,879$; $p<0,01$) quer utilizado a escala PILL ($t=-2.823$; $p<0,01$) face aos valores registados para indivíduos empregados.

Tabela 11 - Médias e desvios padrão para somatização segundo o estatuto laboral.

	Estatuto Labora	N	M	DP	T	p
Somatização	Empregado	100	2,42	2,505	-4,879	0,000
	Desempregado	100	4,65	3,819		
Somatização PILL	Empregado	100	3,45	2,149	-2.823	0.005
	Desempregado	100	4,44	2,790		

H⁵₀: Os indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica do que os indivíduos empregados.

Pela **Tabela 12**, verificamos que, os indivíduos desempregados apresentam para todos os indicadores de sintomatologia psicopatológica as pontuações médias superiores aos indivíduos com actividade profissional. Destacamos ainda que, as diferenças estatisticamente significativas estão patentes em quase todos os indicadores de sintomatologia com excepção da ansiedade fóbica.

Desta forma, está expressa uma elevada tendência dos indivíduos desempregados para apresentarem níveis elevados de psicopatologia do que os empregados.

Tabela 12 - Médias e desvios padrão para psicopatologia segundo o estatuto laboral

	Estatuto Laboral	N	M	DP	t	p
Somatização BSI	Empregado	100	2.42	2.505	-4.879	0.000
	Desempregado	100	4.65	3.819		
Obsessão	Empregado	100	4.05	2.876	-3.814	0.000
	Desempregado	100	5.92	3.960		
Sensibilidade Interpessoal	Empregado	100	3.01	2.984	-4.231	0.000
	Desempregado	100	5.22	4.294		
Depressão	Empregado	100	3.05	3.471	-4.513	0.000
	Desempregado	100	5.71	4.758		
Ansiedade	Empregado	100	3.21	2.857	-4.520	0.000
	Desempregado	100	5.40	3.895		
Hostilidade	Empregado	100	3.32	2.733	-4.020	0.000
	Desempregado	100	5.39	4.364		
Ansiedade Fóbica	Empregado	100	1.58	2.582	-1.162	n.s.
	Desempregado	100	2.00	2.526		
Ideação Paranoide	Empregado	100	4.51	3.560	-3.304	0.001
	Desempregado	100	6.49	4.821		
Psicoticismo	Empregado	100	2,05	2,637	-3.005	0.003
	Desempregado	100	3,32	3,302		
Somatização PILL	Empregado	100	3.45	2.149	-2.823	0.005
	Desempregado	100	4.44	2.790		

H₀: Os indivíduos desempregados de longa duração apresentam menor sintomatologia psicopatológica do que os desempregados de curta duração.

A análise das médias de scores para sintomatologia, revela-nos que, na maiorias das subescalas, há uma forte prevalência de médias superiores no grupo de indivíduos com desemprego de curta duração comparativamente com o grupo de indivíduos de longa duração, mas os resultados encontrados, **Tabela 13** não revelam diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos desempregados á mais de 12 meses e há menos de 12 meses. Concluimos desta forma que, a hipótese formulada não se verifica.

Tabela 13 - Médias e desvios padrão para psicopatologia segundo a duração do desemprego

	Classificação tipo de desemprego	N	M	DP	t	p
Somatização BSI	< 12 meses	46	4,76	3,461	0,282	n.s
	> 12 meses	54	4,55	4,128		
Obsessão	< 12 meses	46	5,94	3,611	0,039	n.s
	> 12 meses	54	5,91	4,268		
Sensibilidade Interpessoal	< 12 meses	46	5,24	3,723	0,042	n.s
	> 12 meses	54	5,20	4,763		
Depressão	< 12 meses	46	5,94	4,118	0,435	n.s
	> 12 meses	54	5,52	5,274		
Ansiedade	< 12 meses	46	5,54	3,592	0,338	n.s
	> 12 meses	54	5,27	4,165		
Hostilidade	< 12 meses	46	5,80	4,282	0,875	n.s
	> 12 meses	54	5,03	4,442		
Ansiedade Fóbica	< 12 meses	46	1,76	2,548	-	n.s
	> 12 meses	54	2,20	2,513		
Ideação Paranoide	< 12 meses	46	7,17	4,493	1,314	n.s
	> 12 meses	54	5,90	5,051		
Psicoticismo	< 12 meses	46	3,32	3,266	0,017	n.s
	> 12 meses	54	3,31	3,363		
Somatização Pill	< 12 meses	46	4,37	2,313	-	n.s
	> 12 meses	54	4,50	3,161		

Capítulo V - Discussão

Nesta fase de estudo, debruçar-nos-emos essencialmente, numa reflexão acerca da apresentação e discussão dos resultados, comparando-os com os dados encontrados por outros investigadores e que se relacionem com as variáveis desta investigação.

A revisão da literatura, sugere que os indivíduos desempregados encontram-se particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de doença física e mental, exibindo também um aumento acentuado de comportamentos aditivos (álcool e tabaco). Salientamos que o interesse pela associação entre a saúde e o desemprego reflecte-se em alguns resultados encontrados na literatura científica. Várias são as metodologias de investigação utilizadas com amostras representativas da população desempregada (Kogevinas et al., 1998; Martikainen & Valkonen, 1998), grupos de controlo de modo a comparar medidas entre empregados e desempregados ((Annika, 2005; Arnetz, et al., 1987), métodos imunológicos e biomédicos (Arnetz, et al., 1987) e análises multivariadas com o objectivo de encontrar ajustes à condição estudada, de indicadores sócio-demográficos, sócio-económicos, mudanças de saúde e estilos de vida (Annika, 2005; Artazcoz, et al., 2004). Também se verifica que uma grande percentagem de estudos adopta análises prospectivas/longitudinais (Lewis & Sloggett, 1998; M W Linn, et al., 1985). De uma forma genérica, os estudos existentes partem de metodologias na ordem da recolha de indicadores epidemiológicos (e.g.,mortalidade, morbidade) de modo a associar um conjunto de variáveis que podem explicar os problemas da saúde na população desempregada, controlando geralmente a significância dos resultados através da comparação de grupos populacionais empregados ou ocupados.

A **primeira hipótese** do nosso estudo, foi testada e confirmada. Os indivíduos desempregados recorrem mais aos serviços de saúde, ou seja, apresentavam maior número de visitas ao médico através das consultas em ambulatório e do internamento comparativamente aos empregados. Já Jin, Shah & Svoboda (1995) encontrou que os indivíduos desempregados, mais do que os empregados, indicavam um aumento das visitas aos hospitais e por sua vez ao seu médico de família. Segundo Ashley Harris (2008) os indivíduos desempregados apresentam um número mais elevado de baixas médicas e faltas por doença. Para Linn, Sandifer & Stein, (1985) era evidente que para os homens que tinham perdido o emprego, aumentavam, as visitas ao médico, e quando M. Brenner Harvey (2010), estudou os efeitos da saúde na população relativamente ao

desemprego de longa duração constatou que, quando o desemprego aumentava, era notório um aumento dos internamentos nos hospitais psiquiátricos.

No que respeita a hipótese que analisa o consumo de medicação relativamente aos indivíduos empregados e desempregados, os resultados obtidos permitiram confirmar a **segunda hipótese**. Os utentes desempregados consomem mais medicação do que os empregados, corroborando por Linn, Sandifer & Stein, (1985). Segundo Jin, Shah & Svoboda, (1995), era evidente que para indivíduos que tinham perdido o emprego, aumentavam o consumo de medicação. Este facto pode dever-se a um aumento da morbilidade física e psicológica dos desempregados quer a nível físico (hipertensão arterial, colesterol, doenças cardiovasculares e obesidade) quer a nível psicológico (somatização, depressão, ansiedade entre outros) consequência essa que pode levar ao aumento da medicação.

Relativamente aos comportamentos de saúde, não foi possível confirmar a **terceira hipótese** do nosso estudo, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em análise. Será importante realçar que uma das razões que poderá justificar a não confirmação desta hipótese no nosso estudo foi o facto de a nossa amostra ser predominantemente feminina, uma vez que quer o consumo de álcool e tabaco estejam mais associados com o sexo masculino. Uma das consequências do aumento do consumo do tabaco é assim a aquisição de comportamentos de risco e consequentemente problemas de saúde, nomeadamente problemas respiratórios, risco de bronquite crónica e sintomas de bronquite entre outras. Contudo, no presente estudo não foram encontrados resultados que o comprovem.

Apesar dos empregados apresentarem um consumo superior de álcool comparativamente aos desempregados, após a análise verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas que permitam confirmar a hipótese colocada embora esta seja suportada por diversos estudos. Por exemplo, na Finlândia o consumo superior de álcool estava relacionado a elevada taxa de desemprego, ou seja, durante a recessão (Luoto, et al., 1998). Curiosamente, as implicações dos resultados de um estudo da Noruega, recomenda que a redução do desemprego contribui para a redução do problema do álcool (Claussen, 1999). Num estudo realizado por Montgomery, Cook, Bartley e Wadsworth, (1998) com uma amostra de 2.887 indivíduos de sexo masculino, os homens desempregados que passaram por uma experiência de desemprego tinham maior propensão para o consumo de tabaco e o consumo de álcool demonstrando que o desemprego tem um papel significativo na aquisição de comportamentos de risco.

Chegam a afirmar que existem imensas provas de que o desemprego está relacionado com risco de impactos adversos na saúde e estilos de vida menos saudáveis (Benach, et al., 2002).

Os nossos dados indicam, que os indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados de somatização do que os indivíduos empregados, corroborando a nossa **quarta hipótese**. A revisão bibliográfica mostra que os indivíduos desempregados apresentam elevados níveis de sintomas somáticos quando comparados com os indivíduos empregados. (Hamilton, et al., 1993; Harris, et al., 2009; Mai, 2004). Num estudo que visava avaliar o impacto do *stress* nos indivíduos do sexo masculino, avaliado ao longo de 6 meses, mostrou que existiam diferenças significativas entre os homens empregados e os desempregados, e que era notório que os homens que tinham perdido o emprego apresentavam sintomas de somatização (M W Linn, et al., 1985). Também François Mai (2004) refere que os desempregados apresentam níveis superiores de somatização comparativamente a outras doenças do foro psiquiátrico. Os nossos resultados vão no sentido destes resultados revistos.

A **quinta hipótese** confirma-se na maioria das dimensões psicopatológicas estudadas, excepto na dimensão de ansiedade fóbica. Assim, os resultados evidenciaram uma diferença de médias estatisticamente significativa entre empregados e desempregados relativamente ao grau de sintomatologia com base no BSI e PILL. Contrariamente aos resultados apresentados por Martikaine e Valkonen (Martikainen & Valkonen, 1998), Muller, Hicks e Winocur (1993), no presente estudo, e à semelhança de Jin, Shah e Svoboda (1995), foram encontrados resultados que indicam que existem diferenças significativas, entre empregados e desempregados, ao nível dos sintomas do BSI. Estas diferenças são mais acentuadas ao nível da dimensão: Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranóide e sensibilidade interpessoal. Os presentes resultados corroboram os altos níveis de depressão encontrados em amostras de desempregados (Butterworth, et al., 2009; Grossi, et al., 1998; Meyer & Lobao, 2003; L. E. Waters & K. Moore, 2002; Wilczyńska-Kwiatek & Bargiel-Matusiewicz, 2008). A propósito, o presente estudo corrobora os resultados encontrados por Linn, Sandifer e Stein (1985), onde para além de encontrar uma diferença significativa entre empregados e desempregados (com identificação de elevados níveis de *stress* nos homens), mostraram que os sintomas de somatização, de depressão eram evidentes para os homens que tinham perdido o emprego.

No presente estudo a presença de ideação paranóide é uma das dimensões psicopatológicas que caracteriza a população desempregada. Na amostra estudada esta patologia pode ser explicada como sendo uma resposta de medo à perda de estatuto, de autonomia e à desconfiança dos outros (C. Canavarro, 2008). Este resultado pode sugerir que o *Modelo de Privação Latente* de Jahod (1979) permite explicar os efeitos do desemprego na saúde mental, sobretudo através da privação de alguns dos benefícios latentes do emprego, a saber, o *status* social, actividade e sentido colectivo. Supõe-se que é esta a condição que faz com que os indivíduos aumentem a sensibilidade interpessoal e interpretem como ameaçadores os comentários dos outros (que pode levar à desconfiança). Estas respostas são caracterizadoras de um fenómeno reconhecido na literatura científica como sendo a percepção de estigma (Pinel, 1999; Pinel, 2002). A partir dos resultados da ideação paranóide, no presente estudo, e na confrontação com a literatura, sugerimos que o desemprego pode ser uma condição estigmatizante. Mais estudos devem ser desenvolvidos para confirmar esta suposição.

Comparando os indivíduos desempregados de longa duração com os desempregados de curta duração quanto à sintomatologia psicopatológica concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas logo não se confirma a **sexta hipótese**.

Considerando que a relação entre saúde mental e desemprego varia de acordo com a duração deste último, os presentes resultados não apontam no sentido da menor sintomatologia psicopatológica nos desempregados por um longo período de tempo. No entanto, confirma-se que a longa duração do desemprego pode não estar associada a maior instabilidade psicológica. A propósito, os resultados encontrados por Warr e Jackson (1985), numa amostra de 629 homens sujeitos a desemprego contínuo durante seis meses, evidenciaram que o seu bem-estar melhorou significativamente entre os 12 e os 24 meses após o desemprego, com alterações registadas ao nível das aspirações, grau de autonomia e aumento de competências (P. Warr & Jackson, 1987). Na revisão bibliográfica, pudemos constatar que as pessoas que experienciam longos períodos de desemprego, estabelecem um processo de adaptação construtiva que os torna indivíduos mais activos, capazes de desenvolver interesses fora do contexto do mercado de trabalho. Desta forma, o activismo por parte do desempregado, apresenta-se como um possível mediador para alcançar o bem-estar psicológico.

Importa salientar que o impacto negativo do desemprego não está directamente associado ao desemprego de longa duração, mas sim ao surgimento de consequências

que advém do aumento do período de desemprego, associado ao envelhecimento do grupo da população desempregada e a consequente apresentação de maior stress psicológico na população desempregada mais velha. Detecta-se, no entanto, a existência de factores de risco que podem ser encontrados nas dimensões psicológicas da população desempregada de meia-idade. Entre eles destacamos alguns que podem ser importantes para o desenvolvimento de medidas de avaliação, como são exemplo, os problemas financeiros, e os problemas de origem pessoal, que podem ser efeitos secundários do desemprego de longa duração. São exemplo, a depressão, satisfação com a vida, angústia (Muller, et al., 1993).

Capítulo VI - Conclusão

O presente trabalho de investigação surge impulsionado pelo cenário actual do decréscimo de saúde mental associado ao impacto da crise financeira e em particular com a inactividade laboral que se verifica quer a nível internacional quer nacional. Sendo assim o objectivo primordial desta investigação pretende ser um contributo para promover a reflexão, análise e compreensão sobre o impacto do desemprego na saúde física e mental, comparando dois grupos distintos, empregados e desempregados.

Os dados obtidos permitiram-nos comparar esses resultados com a literatura existente, bem como responder e reflectir sobre as hipóteses colocadas. As principais conclusões retiradas dos resultados encontrados são as seguintes: os desempregados recorrerem mais aos serviços de saúde, consomem mais medicação, apresentam níveis mais elevados de somatização e de sintomatologia psicopatológica do que os empregados, e a sintomatologia psicopatológica não diferem do desempregado de curta e longa duração.

Relativamente aos efeitos do desemprego importa referir que ao longo da apresentação dos diversos estudos foi notória a falta de unanimidade nos resultados dos mesmos. Segundo Lahelma (1992) a relação entre o desemprego e a doença mental é forte, independente e directa. Resumindo, o desemprego pode ser um acontecimento de vida indutor de stress, pelas perdas que geralmente comporta, e pelas mudanças que traz para a vida dos indivíduos. Em contrapartida, Martikaine e Valkonen (1998) encontraram resultados que indicam que não existiram diferenças significativas, entre activos e desempregados. O desemprego não tem sempre efeitos negativos nos indivíduos desempregados, isto acontece particularmente se o emprego anterior era insatisfatório ou fonte de angústia ou stress (Graetz, 1993), e acima de tudo se é visto e utilizado como uma oportunidade para reformular o seu projecto vocacional, permitindo redireccionar objectivos e prioridades de carreira, desenvolver novas competências e considerar novas alternativas (Latack & Dozier, 1986). Embora seja de realçar que a maioria dos estudos associem o desemprego a consequências negativas.

Também verificamos que o desemprego não tem um impacto físico e psicológico igual para todas as pessoas, pois existem inúmeros factores a ter em conta neste processo. Sendo assim, é fundamental identificar alguns factores mediadores da heterogeneidade do impacto psicológico do desemprego tais como: idade, género, nível de instrução, qualificações profissionais, situação financeira, percepção de

justiça/injustiça face ao despedimento, momento de vida em que o desemprego ocorre, suporte social disponível, duração do desemprego, valorização do trabalho e centralidade do papel do trabalhador comparativamente aos restantes papéis de vida, estilos de coping e capacidade de estruturação do tempo livre.

Devemos, contudo, apontar algumas limitações ao nosso estudo empírico. Uma das primeiras limitações com que nos deparamos foi a extensão do protocolo pois desmotivava alguns utentes quando se apercebiam do número de folhas que tinham que preencher. Uma segunda limitação refere-se à constituição da nossa amostra que não podemos deixar de frisar o facto de esta ser constituída fundamentalmente por indivíduos do sexo feminino o que poderá justificar a não confirmação da hipótese relativamente aos comportamentos de saúde, visto que, quer o consumo de álcool quer tabaco estão mais associados com o sexo masculino. Uma outra limitação que também pode ser apontada tem a ver com a capacidade de generalização dos resultados. De facto, este estudo foi realizado em apenas um Gabinete de Inserção Profissional situado numa das freguesias do concelho da Póvoa de Varzim, circunscrevendo-se a população com perfis culturais semelhantes. Seria relevante implementar esta intervenção noutras zonas do país, testando a generalização dos resultados na população que recorre a outros Gabinetes de Inserção Profissional.

No que se refere a investigações futuras, parece-nos essencial serem suplantadas as lacunas evidenciadas no estudo, como também seria pertinente elaborar um estudo longitudinal com os mesmos respondentes, os desempregados, e ver até que ponto a influência do desemprego tem impacto nas suas vidas.

Acreditamos que as reflexões do presente estudo possam subsidiar a elaboração de outros estudos, visto que em Portugal este tema ainda é pouco explorado.

Capítulo VIII – Bibliografia

- Almeida, V. (2006). *Somatização e Expressão emocional - Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários*. Universidade do Minho, Braga.
- Annika, R. W. (2005). Socioeconomic disparities in health: self-rated health in relation to employment status during periods of high and low levels of employment. *European Journal of Public Health, 16*(3), 3-12.
- Arnetz, B., Wasserman, J., Petrini, B., Brenner, S., Levi, L., Eneroth, P., et al. (1987). Immune function in unemployed women. *Psychosomatic Medicine, 49*(1), 3-12.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class: © American Journal of Public Health 2004.
- ASSOCIATION, A. P. (2002). *DSM-IV-TR MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS (4.ª EDIÇÃO ed.): AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry, 62*(8), 903-910.
- Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., & Benavides, F. G. (2002). The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *J Epidemiol Community Health, 56*(6), 405-406.
- Brenner, M. H. (2010). Health impact of economic restructuring and unemployment in europe. [Conference article]. *Health & Consumers DG's*.
- Butterworth, P., Rodgers, B., & Windsor, T. D. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. *Social Science & Medicine, 69*(2), 229-237.
- Campos, M. A., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_d et&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106451&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
- Canavarro. (1999). Inventário de sintomas psicossomáticos - B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. III, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.

- Canavarro, C. (2008). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal* (Vol. III). Braga: SHO/APPORT.
- Catalano, R. (1991). The health effects of economic insecurity. *Am J Public Health, 81*(9), 1148-1152.
- Chang, S.-S., Gunnell, D., Sterne, J. A. C., Lu, T.-H., & Cheng, A. T. A. (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine, 68*(7), 1322-1331.
- Chatterjee, P. (2009). Economic crisis highlights mental health issues in India. *Lancet, 373*(9670), 1160-1161.
- Claussen, B. (1999). Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long-term unemployed. *Addiction, 94*(1), 133-138.
- Cohen, F., Kemeny, M. E., Zegans, L. S., Johnson, P., Kearney, K. A., & Stites, D. P. (2007). Immune Function Declines With Unemployment and Recovers After Stressor Termination. *Psychosomatic Medicine, 69*(3), 225-234.
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1992). A Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys. *Child Development, 63*(3), 526-541.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic Stress, Coercive Family Process, and Developmental Problems of Adolescents. *Child Development, 65*(2), 541-561.
- Creed, P. A., & Klisch, J. (2005). Future outlook and financial strain: testing the personal agency and latent deprivation models of unemployment and well-being. *J Occup Health Psychol, 10*(3), 251-260.
- Creed, P. A., & Macintyre, S. R. (2001). The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *J Occup Health Psychol, 6*(4), 324-331.
- Creed, P. A., & Reynolds, J. (2001). Economic deprivation, experiential deprivation and social loneliness in unemployed and employed youth. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 11*(3), 167-178.
- Creed, P. A., & Watson, T. (2003). Age, Gender, Psychological Wellbeing and the Impact of Losing the Latent and Manifest Benefits of Employment in Unemployed People. *Australian Journal of Psychology, 55*(2), 95-103.
- Degoratis, L. r. (1982). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Mahwah.

- Dew, M. A., Bromet, E. J., & Penkower, L. (1992). Mental health effects of job loss in women. *Psychological Medicine*, 22(03), 751-764.
- Dooley, D., Catalano, R., & Rook, K. S. (1988). Personal and Aggregate Unemployment and Psychological Symptoms. *Journal of Social Issues*, 44(4), 107-123.
- Eisenberg, P., & Lazarsfeld, P. F. (1938). The psychological effects of unemployment. *Psychological Bulletin*, 35(6), 358-390.
- Ersoy-Kart, M., & Erdost, H. E. (2008). UNEMPLOYMENT WORRIES AMONG TURKISH UNIVERSITY STUDENTS. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(2), 275-288.
- EUROSTAT. (2010). "Unemployment statistics" - Statistics Explained. 2010
- Feather, N. T., & Bond, M. J. (1983). Time structure and purposeful activity among employed and unemployed university graduates. *Journal of Occupational Psychology*, 56(3), 241-254.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Unemployment and Suicidal Behavior in a New Zealand Birth Cohort. [10.1027/0227-5910.28.2.95]. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(2), 95-101.
- Ferrara, F. A., Acebal, E., & Paganini, J. M. (1976). *Medicina de la Comunidad, Medicina Preventiva, Medicina Social e Medicina Administrativa*. Buenos Aires: Inter Médica.
- Frost, T. F., & Clayson, D. E. (1991). The Measurement of Self-Esteem, Stress-Related Life Events, and Locus of Control Among Unemployed and Employed Blue-Collar Workers. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(17), 1402-1417.
- Fryer, D. (1988). *Handbook of Life, Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Fryer, D., & Payne, R. (1986). *Being Unemployed: A Review of Literature on the Psychological Experience of Unemployment*. Paper presented at the International Review of Industrial and Organizational Psychology.
- Gomes, J. C. R. (2003). *DESEMPREGO, DEPRESSÃO E SENTIDO DE COERÊNCIA: Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública*. Unpublished Relatório de Investigação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Gonçalves, C., & Coimbra, J. (2002, 28-29 Novemvro). *Significados construídos em torno da experiência Profissional/Trabalho*. Paper presented at the IV

- Congresso Internacional, de Formação Norte de Portugal/Galiza: Integração das Políticas e Sistemas de Educação e Formação - Perspectivas e Desafios., Porto.
- Graetz, B. (1993). Health consequences of employment and unemployment: Longitudinal evidence for young men and women. *Social Science & Medicine*, 36(6), 715-724.
- Grossi, G., Åhs, A., & Lundberg, U. (1998). Psychological correlates of salivary cortisol secretion among unemployed men and women. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 33(3), 249-263.
- Hajjar, Beelitz, & Baubion-Broye. (1993). Soutiens Souciaux et Stratégies de Recherche d'Emploi. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 22(4).
- Hamilton, V. L., Hoffman, W. S., Broman, C. L., & Rauma, D. (1993). Unemployment, Distress, and Coping: A Panel Study of Autoworkers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 234-247.
- Hammarström, A., & Janlert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(8), 624-630.
- Hanisch, K. A. (1999). Job Loss and Unemployment Research from 1994 to 1998: A Review and Recommendations for Research and Intervention. *Journal of Vocational Behavior*, 55(2), 188-220.
- Harris, A., Orav, E., Bates, D., & Barsky, A. (2009). Somatization Increases Disability Independent of Comorbidity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 155-161.
- Haworth, J., & Lewis, S. (2005). Work, leisure and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 67 - 79.
- Herr, E. (1992). Emerging trends in career counselling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 15(4), 255-288.
- Hill, M. M., & Hill, A. (1998). *Investigação empírica em ciências sociais: um guia introdutório*. Lisboa: Dinâmia.
- Hoare, P. N., & Machin, M. A. (2009). Some implications of the psychological experience of unemployment. *Australian Journal of Career Development*, 18(3), 57-61.
- Hyler, S., & Spitzer, R. (1978). Hysteria split asunder. *Am J Psychiatry*, 135(12), 1500-1504.
- IEFP. (2011). Instituto de Emprego e Formação Profissional., 2011

- INE. (2010a). Estatísticas do Emprego 1º trimestre de 2010. 2010, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu&DESTAQUEESdest_boui=83107891&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2010b). Estatísticas do Emprego 2º trimestre de 2010. 2010, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu&DESTAQUEESdest_boui=83107899&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2010c). Estatísticas do Emprego 3º trimestre de 2010. 2010, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu&DESTAQUEESdest_boui=83107903&DESTAQUESmodo=2
- Jahoda, M. (1979). The psychological meanings of unemployment. *New Society*, 49, 492-495.
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36(2), 184-191.
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: un analisis sócio-psicológico*. Madrid: Morata Ed.
- Jin, R. L., Shah, C. P., & Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*, 153(5), 529-540.
- Kasl, S., Gore, S., & Cobb, S. (1975). The experience of losing a job: reported changes in health, symptoms and illness behavior. *Psychosom Med*, 37(2), 106-122.
- Kaufman, H. J. (1982). *Professionals in search of Work - Coping with the stress of Job Loss and Unemployment*. Nova York: Interscience Publication.
- KELLNER, R. (1990). Somatization: Theories and Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 150-160.
- Kessler, R. C., Turner, J. B., & House, J. S. (1987). Intervening processes in the relationship between unemployment and health. *Psychol Med*, 17(4), 949-961.
- Kogevinas, M., Anto, J., Tobias, A., Alonso, J., Soriano, J., Almar, E., et al. (1998). Respiratory symptoms, lung function and use of health services among unemployed young adults in Spain. Spanish Group of the European Community Respiratory Health Survey. *European Respiratory Journal*, 11(6), 1363-1368.
- Kovács, I. (2004). Emprego flexível em Portugal. *Sociologias*, 32-67.
- Kulik, L. (2001). Impact of length of unemployment and age on jobless men and women: a comparative analysis. *Journal of Employment Counseling* 38(1), 15-27.

- Lahelma, E. (1992). Unemployment and Mental Well-Being: Elaboration of the Relationship. *International Journal of Health Services*, 22(2), 261-274.
- Latack, J. C., & Dozier, L. B. (1986). After the Ax Falls: Job Loss as a Career Transition. *The Academy of Management Review*, 11(2), 375-392.
- Leana, C. R., & Feldman, D. C. (1990). Individual Responses to Job Loss: Empirical Findings From two field Studies. *Human Relations*, 3(11), 1155-1189.
- Lewis, G., & Sloggett, A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*, 317(7168), 1283-1286.
- Lindström, M., & Ali, S. M. (2006). Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *The European Journal of Public Health*, 16(3), 324-330.
- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *Am J Public Health*, 75(5), 502-506.
- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *Am J Public Health*, 75(5), 502-506.
- Luís Centeno, Erskine, A., & Pedrosa, C. (2000). *Percursos profissionais de exclusão social* (Vol. 19). Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- Luoto, R., Poikolainen, K., & Uutela, A. (1998). Unemployment, sociodemographic background and consumption of alcohol before and during the economic recession of the 1990s in Finland. *International Journal of Epidemiology*, 27(4), 623-629.
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 652-663.
- Mallinckrodt, B., & Fretz, B. R. (1988). Social Support and the Impact of Job Loss on Older Professionals. *Journal of Counseling Psychology*, 35(3), 281-286.
- Martella, D., & Maass, A. (2000). Unemployment and Life Satisfaction: The Moderating Role of Time Structure and Collectivism¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(5), 1095-1108.
- Martikainen, P. T., & Valkonen, T. (1998). The effects of differential unemployment rate increases of occupation groups on changes in mortality. *Am J Public Health*, 88(12), 1859-1861.
- Mayou, R. (1993). Somatization. *Psychother Psychosom*, 59(2), 69-83.

- McFayden, R. (1995). Coping with threatened identities: Unemployed people's self-categorizations. *Current Psychology, 14*(3), 233-256.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology, 90*(1), 53-76.
- Meyer, K., & Lobao, L. (2003). Household, Gender, and Political Responses to Economic Downturn: Extending theories of mobilization. *the sociological Quarterly, 44*(2), 159-179.
- MONTGOMERY, S. M., COOK, D. G., BARTLEY, M. J., & WADSWORTH, M. E. J. (1998). Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. *The European Journal of Public Health, 8*(1), 21-27.
- Morris, J. K., & Cook, D. G. (1991). A critical review of the effect of factory closures on health. *Br J Ind Med, 48*(1), 1-8.
- Muchinsky, P. M. (1997). *Psychology applied to work: An introduction to industrial and organizational psychology*. CA: Brooks/Cole.
- Muller, J., Hicks, R., & Winocur, S. (1993). The Effects of Employment and Unemployment on Psychological Well-Being in Australian Clerical Workers: Gender Differences. *Australian Journal of Psychology, 45*(2), 103-108.
- OCDE. (2010a). Harmonised Unemployment Rates (HURs), OECD - Updated: December 2010. 2010, from http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_201185_46719868_1_1_1_1,00.html
- OCDE. (2010b). Harmonised Unemployment Rates (HURs), OECD - Updated: November 2010. 2010, from http://www.oecd.org/document/56/0,3746,en_2649_201185_46361976_1_1_1_1,00.html
- Parada, F., & Coimbra, J. L. (1999/2000). Sentidos e significados do trabalho no contexto de uma realidade em transformação: O desemprego e as dificuldades de integração profissional dos jovens. *Cadernos de consulta Psicológica, 15/16*, 47-57.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms - The Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (the PILL)*. New York: Springer-Verlag.

- Piachaud, J. (2008). Globalization, Conflict and Mental Health. *Global Social Policy*, 8(3), 315-334.
- Quintanilla, S., & Wilpert, Q. (1988). *The Meaning of Work and Technological Options* (5 ed.).
- Reynolds, S., & Gilbert, P. (1991). Psychological Impact of Unemployment: Interactive Effects of Vulnerability and Protective Factors on Depression. *Journal of Counseling Psychology*, 38(1), 76-84.
- Santos, A.-C., & Barros, H. (2004). Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999-2000. *Preventive Medicine*, 38(1), 114-119.
- Santos, S. M. d. (2001). As responsabilidades da Universidade na Formação de Agentes para o desenvolvimento. In A. Gonçalves, L. Almeida, R. Vasconcelos & S. Caires (Eds.), *Da Universidade para o Mundo do Trabalho: desafios para um diálogo* (pp. 151-162). Braga: Conselho Académico da Universidade do Minho.
- Schultz-Gambard, J., Balz, H., Drewski, R., & Mowka, K. (1988). Individual and social consequences of unemployment. *Environmental Social Psychology* (pp. 182-188). Dordrecht: Kluwer Academic Publisher.
- Spielberg, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberg (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Stellman, J. M. (1997). Job Security: Unemployment. *ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, 4(57-62).
- Vinokur, A. D., Price, R. H., & Caplan, R. D. (1996). Hard Times and Hurtful Partners: How Financial Strain Affects Depression and Relationship Satisfaction of Unemployed Persons and Their Spouses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 166-179.
- W.H.O. (2011). What is depression? , 2011, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html
- Wanberg, C. R. (1997). Antecedents and outcomes of coping behaviors among unemployed and reemployed individuals. *Journal of Applied Psychology*, 82(5), 731-744.
- WARR, & JACKSON, P. (1984). *Men without jobs: some correlates of age and length of unemployment* (Vol. 57). London, ROYAUME-UNI: Cambridge University Press.

- Warr, P., & Jackson, P. (1985). Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychological Medicine*, 15(04), 795-807.
- Warr, P., & Jackson, P. (1987). Adapting to the unemployed role: A longitudinal investigation. *Social Science & Medicine*, 25(11), 1219-1224.
- Warr, P., Jackson, P., & Banks, M. (1988). Unemployment and Mental Health: Some British Studies. *Journal of Social Issues*, 44(4), 47-68.
- Waters, L. E., & Moore, K. (2002). Predicting self-esteem during unemployment: the effect of gender, financial deprivation, alternate roles, and social support. *Journal of employment counselling*, 39(4), 171-189.
- Waters, L. E., & Moore, K. A. (2002). Reducing latent deprivation during unemployment: The role of meaningful leisure activity. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(1), 15-32.
- WHO. (2009). World Health Organization.
- Wilczyńska-Kwiatek, A., & Bargiel-Matusiewicz, K. (2008). Contemporary picture of women's unemployment. Personality conditioning of unemployment and its consequences for psychic health. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 63-68.
- Willimack, D. K., & Goldenberg, K. L. (2002). MEASUREMENT DIFFERENCES IN KEY ECONOMIC INDICATORS. [report]. *Bureau of Labor Statistics (BLS)*, 2.
- Woleck, A. (2002). O trabalho, a ocupação e o emprego. Uma perspectiva histórica. *Revista de divulgação Técnico-científica do instituto Catarinense de Pós-Graduação*.

Capítulo IX - Anexos

Anexo 1- *Consentimento Informado*

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ declaro ter sido informado(a) dos objectivos e métodos, bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir.

Mais declaro que, desejo colaborar na investigação e que autorizo a recolha e a utilização confidencial dos dados que se apresentem convenientes para a mesma.

_____, _____ de _____ de 2010
(Localidade) (Dia) (Mês)

Anexo 2 - *Questionário Sociodemográfico*

Questionário Sócio-Demográfico

Dados sócio-demográficos:

- Sexo: Feminino Masculino
- Raça: Caucasiana Africana Outra: _____
- Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
- Local de Residência: Zona Rural Zona Urbana

- Peso: _____ Kg.
- Altura: _____ m.

- Grau de Escolaridade:

Ensino Primário (1º-4º) _____	<input type="checkbox"/>	Ensino Básico (5º a 9º) _____	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário (12º) _____	<input type="checkbox"/>	Bacharelato _____	<input type="checkbox"/>
Licenciatura _____	<input type="checkbox"/>	Mestrado _____	<input type="checkbox"/>
Doutoramento _____	<input type="checkbox"/>	Nº de Anos de Escolaridade _____	<input type="checkbox"/>

- Reprovou algum ano? Sim Não
 Se sim, qual ou quais? _____

- Estado civil:

Casado(a) _____	<input type="checkbox"/>	União de Facto _____	<input type="checkbox"/>
Solteiro(a) _____	<input type="checkbox"/>	Divorciado(a) _____	<input type="checkbox"/>
Separado(a) _____	<input type="checkbox"/>	Viúvo(a) _____	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>		
Qual? _____			

- Cresceu numa família com rendimento financeiro:

Muito Baixo _____	<input type="checkbox"/>	Baixo _____	<input type="checkbox"/>
Médio _____	<input type="checkbox"/>	Elevado _____	<input type="checkbox"/>
Muito Elevado _____	<input type="checkbox"/>		

- Estatuto Laboral:

Empregado _____	<input type="checkbox"/>	Com Emprego Estável _____	<input type="checkbox"/>
Com Emprego Instável _____	<input type="checkbox"/>	Desemprego _____	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Nº de pessoas do agregado familiar _____
- Existem adolescentes ou crianças com idade inferior a 18 anos neste agregado?
 Sim Não Quantas? _____

- Habitação:
Própria Arrendada

Alojamento sem renda (casa dos pais, amigos, etc. ...)
- Tem uma participação activa em comunidades religiosas?
Sim Não

- Participação em grupos sociais:

Grupos Desportivos _____	<input type="checkbox"/>	Grupos de Animação _____	<input type="checkbox"/>
Associações _____	<input type="checkbox"/>	Grupos de Amigos _____	<input type="checkbox"/>
Grupos Políticos _____	<input type="checkbox"/>	Outros _____	<input type="checkbox"/>

ESTILOS DE VIDA E VIGILÂNCIA DE SAÚDE

- Como classifica a sua saúde?

Muito Má _____	<input type="checkbox"/>	Má _____	<input type="checkbox"/>
Média _____	<input type="checkbox"/>	Boa _____	<input type="checkbox"/>
Muito Boa _____	<input type="checkbox"/>		

- Nº de consultas com o médico de família / por ano: _____

- Consumo de tabaco:
 - Não fumador - Fumador - Ex. Fumador
 Se é fumador(a), quantos cigarros por dia consome? _____

Consome álcool? Sim Não
 - Com que frequência? _____

- Consome medicamentos?
 Sim Não
 Se sim, quais? _____
 Se sim, há quanto tempo em meses, iniciou o consumo? _____ Meses.

- Apresenta alguma condição de longa duração por doença, acidente, deficiência ou outra?
 Sim Não
 Se sim assinale de que tipo:

Doenças Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	Doenças do Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema Respiratório	<input type="checkbox"/>	Doenças Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>

Doenças do Sistema Circulatório	<input type="checkbox"/>	Doenças do Sistema Nervoso (AVC,...)	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema Ginecológico	<input type="checkbox"/>	Doenças do Sistema Endócrino	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema urológico	<input type="checkbox"/>	Doenças do Sistema Osseo	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema reprodutor	<input type="checkbox"/>	Doença Oncológica	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema muscular	<input type="checkbox"/>	Outras Doenças	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema Locomotor	<input type="checkbox"/>		

As questões seguintes destinam-se somente às pessoas desempregadas:

- Há quanto tempo, em meses, está desempregado? _____ Meses.
- Quantas vezes ficou desempregado? _____ Vezes.
- Qual a duração em meses da última actividade profissional? _____ Meses.
- Existem mais pessoas desempregadas no seu agregado familiar?
 Sim Não
- Quais as causas do desemprego?
 Cessação do contrato _____ Desemprego por opção própria _
 Outras causas _____ Desemprego por opção do empregador
 Quais? _____
- Quais os recursos econ micos que possui face   situação de desemprego?
 Apoio da Família _____ Rendimento Social de Inserção
 Subsídio de Desemprego _____ Ausência de Rendimento _____
 Bolsa de formação _____ Salário do(a) cônjuge _____
 Biscates _____ Outros Recursos _____
- Após o desemprego sentiu a necessidade de:

Penhorar ou vender objectos pessoais _____	<input type="checkbox"/>
Passar sem refeiç�es _____	<input type="checkbox"/>
Pedir ajuda a terceiros _____	<input type="checkbox"/>
Pedir ajuda a organizaç�es de apoio financeiro _____	<input type="checkbox"/>
Deixar de comprar medicamentos _____	<input type="checkbox"/>
Deixar de ir ao médico _____	<input type="checkbox"/>
Outros _____	<input type="checkbox"/>
- Apresenta alguma condição de saúde após o desemprego por doenç , acidente, defici ncia ou outra?
 Sim Não

Se sim assinale de que tipo:

Doenças Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	Doenças do Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema Respiratório	<input type="checkbox"/>	Doenças Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema Circulatório	<input type="checkbox"/>	Doenças do Sistema Nervoso (AVC,...)	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema Ginecológico	<input type="checkbox"/>	Doenças do Sistema Endócrino	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema urológico	<input type="checkbox"/>	Doenças do Sistema Osseo	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema reprodutor	<input type="checkbox"/>	Doença Oncológica	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema muscular	<input type="checkbox"/>	Outras Doenças	<input type="checkbox"/>
Doenças do Sistema Locomotor	<input type="checkbox"/>	Quais? _____	

OUTRAS OBSERVAÇÕES QUE ACHA PERTINENTES

Anexo 3 - *The PILL*

Tradução e aferição de Vera Almeida & Paulo Machado (2002)

The PILL

Tradução e aferição de Vera Almeida & Paulo Machado (2002)

Instruções

Alguns sintomas comuns ou sensações corporais são abaixo enumerados. A maior parte das pessoas já os sentiu uma vez ou outra. Actualmente estamos interessados em saber com que prevalência cada sintoma existe entre vários grupos de pessoas. Na lista abaixo, indique com que frequência tem sentido cada sintoma.

Com que frequência tem sentido cada um dos seguintes sintomas?	Nunca ou quase nunca sentiu o sintoma	Menos de 3 a 4 vezes por ano	Todos os meses	Todas as semanas	Mais do que 1 vez por semana
1. Lágrimas nos olhos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comichão nos olhos ou na pele _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zumbido nos ouvidos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Surdez temporária ou «duro de ouvido» _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nó na garganta _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sensação de sufoco _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ataques de espirros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nariz a pingar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nariz entupido/congestionado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nariz a sangrar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Asma ou «pieira»/«gatinhos» _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tosse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sem fôlego _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tornozelos inchados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dores no peito _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Coração a bater rápido/acelerado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mãos e pés frios mesmo no Verão/tempo quente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Câimbras _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Insónia ou dificuldade em dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Dores de dentes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Indisposição gástrica/estômago às voltas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Indigestão _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Azia ou gases/arrotos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Dor abdominal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Diarreia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Obstipação/prisão de ventre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hemorróidas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Articulações inchadas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Músculos doridos ou rígidos/rijos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Dores nas costas _____

Com que frequência tem sentido cada sintoma?

	Nunca ou quase nunca sentiu o sintoma	Menos de 3 a 4 vezes por ano	Todos os meses	Todas as semanas	Mais do que 1 vez por semana
31. Pele delicada ou sensível _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Face corada _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Aperto no peito _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Pele com marcas vermelhas/eritema _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Acne ou borbulhas na cara _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Acne/borbulhas além da cara _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Erupções/furúnculo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Transpiração mesmo no frio/Inverno _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Reacções alérgicas a picadas de insectos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Dores de cabeça _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Pressão na cabeça _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Calores no corpo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Arrepios _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Tontura/vertigem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Sensação de desmaio _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Formigueiro em qualquer parte do corpo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Tremor/tiques nas pálpebras _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Tiques além da pálpebra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Tremores nas mãos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Articulações doridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Músculos doridos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Garganta dorida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Pele queimada dos sol _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Náuseas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desde o início do ano, diga o número de:

nº

Visitas ao centro de saúde ou ao médico de clínica geral por causa de doença:

Dias que esteve doente:

Dias em que teve de alterar a sua actividade por causa da doença:

Anexo 4 - ESCALA BSI: Canavarro,1999

ESCALA BSI: L.R. Derogatis;1993; Versão: M.C. Canavarro;1999

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. vontade de vomitar ou mal estar do estômago					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

Muito obrigada pela sua participação!

Anexo 5 – Artigo

SAÚDE FÍSICA E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA NUM GRUPO DE DESEMPREGADOS – UM ESTUDO COMPARATIVO

Sílvia Andreia de M. Nunes Dias e Vera Margarida S. de Almeida

Departamento Psicologia Clínica

Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte/ Unipsa

Resumo:

O objectivo do presente estudo é analisar as diferenças entre um grupo de desempregados e um grupo de empregados relativamente aos dados de saúde (à utilização de serviços de saúde e aos comportamentos de saúde), às dimensões de psicopatologia e comparar os níveis de psicopatologia entre os desempregados de curta e longa duração.

O estudo empírico foi efectuado junto de uma amostra de 200 indivíduos sendo que 100 indivíduos são empregados e 100 desempregados, provenientes do concelho da Póvoa de Varzim. Os instrumentos de avaliação foram: o questionário sócio-demográfico; o questionário The Pill e o questionário BSI.

Os resultados indicam que os indivíduos desempregados recorrem mais aos serviços de saúde e consomem mais medicação que os indivíduos empregados. Não se encontraram diferenças quanto aos comportamentos de saúde entre estes dois grupos. Constatou-se que os indivíduos desempregados apresentavam níveis mais elevados de somatização comparativamente aos indivíduos empregados. Relativamente, à sintomatologia psicopatológica entre desempregados e empregados, foram encontradas diferenças nas dimensões: somatização, obsessão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo. No grupo de desempregados não foram encontradas diferenças na sintomatologia psicopatológica entre os desempregados de curta e longa duração.

Palavras Chave: desemprego; desemprego de longa duração, comportamentos de saúde, utilização de serviços de saúde, somatização, psicopatologia.

Abstract:

The main aim of this study is analyzing the differences between two specific groups: employed and unemployed people, particularly on what the health data is concerned (health services utilization and health behavior). It is our aim, also, analyzing the dimensions of the psychopathology and compare its levels between the short and long-term unemployed people.

The empirical study was done with a sample of 100 unemployed and 100 employed people from Póvoa de Varzim. The evaluation instruments were a socio-demographic questionnaire; The Pill and the BSI. The results show that unemployed people use more the health services and take more medication than those who are working. There are no differences in their health behavior. The unemployed group showed more levels of somatization when compared to the other group.

On what the psychopathology is concerned, some differences in the dimension were found: somatization, obsession, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, paranoid ideation and

psychoticism. There weren't found differences between unemployed of short- and long-duration concerning the psychopathological symptoms.

Key words: unemployment, long-term unemployment, health behaviours, health services utilization, somatization, psychopathology.

Estudo Da Saúde Física e Sintomatologia Psicopatológica num Grupo de Desempregados - Um Estudo Comparativo

Introdução

O crescimento exponencial da realidade do desemprego e as implicações da saúde que ele acarreta tem motivado, por parte da investigação, um interesse em torno dos significados de que esta experiência se reveste e que se traduzem em linhas de orientação e conclusões algo diversas. Desde logo, há uma dissonância fundamental em termos de investigação no que se refere às consequências negativas ou positivas da experiência de desemprego, registando-se evidências empíricas que suportam ambas as hipóteses, embora também seja importante salientar que grande maioria dos estudos defende consequências negativas. Se algumas investigações (Creed & Macintyre, 2001; Creed & Reynolds, 2001; Ersoy-Kart & Erdost, 2008; Martella & Maass, 2000; P. Warr & Jackson, 1987; L. E. Waters & K. Moore, 2002) têm posto em evidência que, de um modo geral, os indivíduos desempregados experienciam mais efeitos negativos do que positivos na vivência do desemprego, com impacto notório a nível do seu funcionamento e bem-estar psicológico e social, outras investigações (Feather & Bond, 1983; Haworth & Lewis, 2005; L. E. Waters & K. A. Moore, 2002) reportam os efeitos positivos ou inócuos do desemprego, particularmente condicionados por variáveis mediadoras como a insatisfação relativamente ao emprego anterior; a utilização como uma oportunidade para reformular o seu projecto vocacional, permitindo redireccionar objectivos e prioridades de carreira, desenvolver novas competências e considerar novas alternativas (Hanisch, 1999; Latack & Dozier, 1986).

No que concerne ao impacto do desemprego ao nível da saúde física, este tem sido estudado sobretudo por investigadores americanos e britânicos (Reynolds & Gilbert, 1991), enquanto em Portugal, esta relação tem sido ainda uma meta-

análise. Jin, Shah e Svoboda (1995) analisaram 46 artigos, sobre estudos de análise de séries temporais, transversais, controlo de caso e estudos de corte, com o objectivo de verificar as associações entre o desemprego e os efeitos adversos na saúde. Verificaram uma associação positiva entre as taxas de desemprego e as taxas de mortalidade em geral, bem como a mortalidade causada por doenças cardiovasculares. Outros sintomas físicos relacionados com o desemprego são a hipertensão e o cansaço que revelam níveis mais elevados nos desempregados quando comparados com indivíduos empregados, como indica o estudo de Muller, Hicks e Winocur (1993) realizado numa amostra do sexo feminino. A obesidade também surge associada ao desemprego (Wilczyńska-Kwiatek & Bargiel-Matusiewicz, 2008). No estudo de Lindstrom (2006) as mulheres desempregadas apresentavam obesidade, acompanhada de outras características tais como: baixa escolaridade, maior probabilidade de problemas de saúde e baixa participação social, comparativamente com mulheres que apresentavam peso normal. Por fim é essencial realçar que as consequências físicas do desemprego não se repercutem simplesmente no indivíduo que se encontra desempregado, mas também na sua família. Estudos recentes indicam que as necessidades nutricionais de mulheres grávidas e crianças são frequentemente negligenciadas em função da diminuição da remuneração mensal resultante da perda do emprego do cônjuge. Este estudo é realçado por investigadores do Michigan que descobriram que um número elevado de crianças, filhos de pais desempregados sofre de problemas digestivos e desenvolvimento físico retardado. Estes problemas físicos podem resultar do facto de pais desempregados estarem demasiados preocupados com a pura sobrevivência negligenciando outras necessidades essenciais ao desenvolvimento dos seus filhos.

A utilização dos Serviços de Saúde reflecte a incidência de doença na população, sendo a informação também relevante para aferir quais os serviços médicos mais utilizados.

Alguns estudos comprovam que o desemprego aumenta os problemas relacionados com a saúde física e mental, fazendo com que se acentue a procura pelos serviços profissionais de saúde. Barsky, Oray, & Bates (2005) constatou que existe uma correlação significativa entre o aumento do desemprego, e o aumento dos internamentos hospitalares e das consultas em ambulatório.

O desemprego como podemos observar pode implicar consequências para a saúde do indivíduo, podendo ser agravadas se estiver relacionada com o abuso de consumo de álcool, tabaco ou drogas. Segundo Benach, Muntaner, Amable & Benavides, (2002) o desemprego está relacionado com risco de impacto adverso na saúde e estilos de vida menos saudáveis.

Quanto à problemática do consumo de álcool, vários estudos indicam a sua relação com o desemprego. Na Finlândia o consumo superior de álcool estava relacionado com o desemprego, especificamente nas mulheres e nos homens solteiros com baixa escolaridade, e quando a taxa de desemprego era elevada, ou seja, durante a recessão (Luoto, et al., 1998). Relativamente ao consumo de tabaco, vários autores também defendem uma forte correlação entre este e a perda de emprego. (A.-C. Santos & Barros, 2004), realizaram um estudo com uma amostra portuguesa, em que a prevalência de fumadores era superior para os homens desempregados.

Para Machado (S. M. d. Santos, 2001) “ *a actual crise financeira mundial vai ter consequências na saúde de forma global e particularmente na saúde mental*” (p.2) e Piachaud, (2008) considera que o desemprego é um factor social de risco para a saúde mental. São diversos os estudos cujas conclusões vão no sentido de confirmar que a situação de desemprego provoca efectivamente mudanças a nível psicológico (Fryer, 1988; P. Warr & Jackson, 1987) citado por (Herr, 1992; Reynolds & Gilbert, 1991). Estas mudanças a nível psicológico apontadas pelas diversas investigações são

geralmente negativas, no sentido de uma diminuição do bem-estar subjectivo podendo mesmo conduzir a uma deterioração da saúde mental (Schultz-Gambard, et al., 1988).

As diversas investigações efectuadas em torno deste tópico, constataram de uma forma geral que as pessoas desempregadas tendem a experienciar níveis elevados de depressão, angústia geral, juntamente com baixa confiança (P. Warr, et al., 1988). O desemprego é um dos acontecimentos de vida mais stressantes, cujas consequências mais frequentes são sintomas de ordem psíquica como o stress e a depressão, representando por isso, na maior parte das vezes, uma situação de difícil adaptação (P. Warr, et al., 1988).

Diferentes estudos têm associado, consistentemente, o desemprego e a depressão (M. W. Linn, et al., 1985; Wilczyńska-Kwiatek & Bargiel-Matusiewicz, 2008). Hamilton e col. (1993) afirmam que, além do desemprego estar relacionado com os sintomas depressivos e ansiogénicos.

Um estudo realizado com uma amostra da população portuguesa desempregada mostrou que depressão está significativamente associada ao desemprego em comparação com a população geral (Gomes, 2003).

O reemprego parece ser um dos factores que mais contribui para uma melhoria dos sintomas depressivos e de mal-estar psicológico dos indivíduos desempregados (Dooley, et al., 1988).

Os distúrbios somatoformes são um grupo de problemas nos quais as pessoas sofrem de sintomas somáticos ou preocupam-se com doenças corporais ou deformidades que não podem ser contabilizadas por uma causa médica orgânica ou outro distúrbio psiquiátrico, como a depressão ou ansiedade. Enquanto as doenças psicossomáticas não são mais reconhecidas como distúrbios distintos – como qualquer factor psicológico ou comportamental pode afectar qualquer condição médica – os

distúrbios somatoformes detêm a implicação de serem completamente ou predominantemente causados por processos psicológicos. Em alguns casos esta presunção pode ser injustificada.

No DSM IV a categoria dos distúrbios de somatização emerge de anteriores noções de histeria (Hylér & Spitzer, 1978) e inclui sete distúrbios relacionados: *distúrbio de somatização* (antigo Síndrome de Briquet's ou histeria), *distúrbio da conversão*, *distúrbio da dor* (antigo distúrbio psicogénico ou somatoforme da dor), *hipocondria*, *distúrbio dismórfico do corpo*, e duas categorias residuais para pacientes que não preenchem completamente os critérios para nenhum dos distúrbios previamente mencionados – *distúrbio somatoforme diferenciado* e *distúrbio somatoforme não especificado*.

A somatização é um conceito actual que ao longo do tempo tem sido definido de inúmeras formas, sendo a ambiguidade deste muitas vezes referida na pesquisa relacionada com a somatização (Almeida, 2006)

Num estudo que visava avaliar o impacto do *stress* em 300 indivíduos do sexo masculino, avaliado ao longo de 6 meses, mostrou que existiam diferenças significativas entre os homens empregados e os desempregados, pois eram evidentes para os homens que tinham perdido o emprego, apresentavam sintomas de somatização (M W Linn, et al., 1985). No estudo de Ashley Harris (2009) indicam que indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados de somatização.

Wilczynska- Kwiatek e Bargiel – Matusiewicz (2008) afirmam que o desemprego está associado ao risco de suicídio, também WHO (2011) alerta para um possível aumento da incidência do suicídio, em consequência da crise financeira mundial. Recentemente, encontram-se dados alarmantes a nível internacional quanto ao índice de mortalidade associado às taxas de desemprego. Por exemplo, actualmente,

Chang e col. (2009) encontraram resultados que sugerem que existe uma associação entre a crise económica asiática com o aumento da mortalidade por suicídio, estritamente associado ao aumento do desemprego.

Método

Participantes

Os participantes do estudo são indivíduos empregados e desempregados, provenientes do concelho da Póvoa de Varzim. Participaram no estudo 200 indivíduos, sendo 100 empregados e 100 desempregados.

Instrumentos

Neste estudo foram utilizados um questionário sociodemográfico e dois instrumentos de avaliação, o PILL (Almeida, 2006) para avaliar sintomas e sensações físicas comuns e o BSI (Canavarro, 1999) para avaliar sintomas psicopatológicos.

Procedimentos

Após o contacto e a autorização por parte da Directora do Centro de Emprego da Póvoa de Varzim/Vila do Conde e Presidente da Junta de Freguesia de Aver-o-mar iniciamos a passagem do protocolo de avaliação. Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados formulada no programa informático de estatística SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Na caracterização dos grupos (empregados e desempregados) baseamo-nos numa análise descritiva. Recorremos para o efeito, aos testes: t de student, e teste de Qui quadrado (χ^2) tendo sido previamente avaliada a normalidade das distribuições, utilizou-se o teste de Kolgomorov-Smirnov como teste de avaliação da normalização. Quanto à homogeneidade das variâncias, foi testada pelo

teste de Levene (Pestana & Gageiro, 2003). Neste estudo utilizaram-se ainda os níveis de 90 e 95% de significância.

Resultados

Segundo Fortin (1999) “*o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo*”. Através do nosso estudo verificamos que são os indivíduos desempregados aqueles que tendem a procurarem serviços de saúde com mais frequência (mais de 5 consultas, 29.0%). Pois através da análise das diferenças, ($\chi^2= 20.661$; $p<0,01$), permitiu-nos constatar que, os indivíduos desempregados recorrem mais aos serviços de saúde do que os empregados.

Apesar de haver um predomínio em ambos os grupos de indivíduos para não consumirem medicamentos, verificamos também que, 47% dos indivíduos desempregados e dos 22% de indivíduos empregados, consomem medicamentos. Observando –se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 3.829$; $p<0,01$), ou seja, os indivíduos desempregados consomem mais medicação do que os empregados.

Relativamente aos comportamentos de saúde, constatamos que apesar das ligeiras diferenças ao nível das médias de consumo de tabaco e de álcool entre os grupos em análise, não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($t= 0.511$; $p>0,05$) e ($t= -0.650$; $p>0,05$) respectivamente.

Relativamente à sintomatologia de somatização constatamos que os indivíduos desempregados, apresentam valores médios superiores para somatização quer utilizado a escala BSI ($t=-4,879$; $p<0,01$) quer utilizado a escala PILL ($t=-2.823$; $p<0,01$) face aos valores registados para indivíduos empregados.

Quanto à sintomatologia psicopatológica averiguamos que, os indivíduos desempregados apresentam para todos os indicadores de sintomatologia psicopatológica as pontuações médias superiores aos indivíduos com actividade profissional.

Destacamos ainda que, as diferenças estatisticamente significativas estão patentes em quase todos os indicadores de sintomatologia com exceção da ansiedade fóbica. Desta forma, está expressa uma elevada tendência dos indivíduos desempregados para apresentarem níveis elevados de psicopatologia do que os empregados.

Quando comparados indivíduos desempregados de curta e longa duração apuramos que a análise das médias de scores para sintomatologia, revela-nos que, na maiorias das subescalas, há uma forte prevalência de médias superiores no grupo de indivíduos com desemprego de curta duração comparativamente com o grupo de indivíduos de longa duração, mas os resultados encontrados, não revelam diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos desempregados á mais de 12 meses e há menos de 12 meses.

Discussão

Debruçar-nos-emos essencialmente, numa reflexão acerca da apresentação e discussão dos resultados. Os resultados permitiram afirmar que os indivíduos desempregados recorrem mais aos serviços de saúde do que os empregados, corroborando o indicado pela literatura, ou seja, os indivíduos desempregados, mais do que os empregados, indicavam um aumento das visitas aos hospitais e por sua vez ao seu médico de família Já Jin, Shah & Svoboda (1995).

Quanto ao consumo de medicação, os indivíduos desempregados consomem mais medicação do que os empregados, corroborando por Linn, Sandifer & Stein, (1985); Jin, Shah & Svoboda, (1995), para os quais era evidente para indivíduos que tinham perdido o emprego, aumentavam o consumo de medicação.

Relativamente ao facto dos indivíduos desempregados apresentarem mais comportamentos de risco do que os empregados, não foram encontradas diferenças

estatisticamente significativas entre os grupos em análise. Relativamente aos hábitos tabágicos os resultados evidenciaram que, apesar dos desempregados apresentarem um consumo superior de cigarros, comparativamente com os empregados, não se verificaram, no entanto, diferenças estatisticamente significativas. Apesar dos empregados apresentarem um consumo superior de álcool comparativamente aos desempregados, após a análise verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas que permitam confirmar a hipótese colocada embora esta seja suportada por diversos estudos.

Analisando o grupo de empregados e desempregados face aos níveis elevados de somatização concluímos que os indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados do que os empregados. A revisão bibliográfica mostra que os indivíduos desempregados apresentam elevados níveis de sintomas somáticos quando comparados com os indivíduos empregados. (Hamilton, et al., 1993; Harris, et al., 2009; Mai, 2004). Num estudo que visava avaliar o impacto do *stress* nos indivíduos do sexo masculino, avaliado ao longo de 6 meses, mostrou que existiam diferenças significativas entre os homens empregados e os desempregados, e que era notório que os homens que tinham perdido o emprego apresentavam sintomas de somatização (M W Linn, et al., 1985). Também François Mai (2004) refere que os desempregados apresentam níveis superiores de somatização comparativamente a outras doenças do foro psiquiátrico

Quanto às dimensões psicopatológicas estudadas, os resultados evidenciaram uma diferença de médias estatisticamente significativas entre empregados e desempregados relativamente ao grau de sintomatologia com base no BSI e PILL excepto na dimensão ansiedade fóbica. Contrariamente aos resultados apresentados por Martikaine e Valkonen (Martikainen & Valkonen, 1998), Muller, Hicks e Winocur (1993), no presente estudo, e à semelhança de Jin, Shah e Svoboda (1995), foram

encontrados resultados que indicam que existem diferenças significativas, entre empregados e desempregados, ao nível dos sintomas do BSI. Estas diferenças são mais acentuadas ao nível da dimensão: Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranóide e sensibilidade interpessoal. Os presentes resultados corroboram os altos níveis de depressão encontrados em amostras de desempregados (Butterworth, et al., 2009; Grossi, et al., 1998; Meyer & Lobao, 2003; L. E. Waters & K. Moore, 2002; Wilczyńska-Kwiatek & Bargiel-Matusiewicz, 2008). A propósito, o presente estudo corrobora os resultados encontrados por Linn, Sandifer e Stein (1985), onde para além de encontrar uma diferença significativa entre empregados e desempregados (com identificação de elevados níveis de *stress* nos homens), mostraram que os sintomas de somatização, de depressão eram evidentes para os homens que tinham perdido o emprego. No presente estudo a presença de ideação paranóide é uma das dimensões psicopatológicas que caracteriza a população desempregada. Na amostra estudada esta patologia pode ser explicada como sendo uma resposta de medo à perda de estatuto, de autonomia e à desconfiança dos outros (C. Canavarro, 2008). Este resultado pode sugerir que o *Modelo de Privação Latente* de Jahod (1979) permite explicar os efeitos do desemprego na saúde mental, sobretudo através da privação de alguns dos benefícios latentes do emprego, a saber, o *status* social, actividade e sentido colectivo. Supõe-se que é esta a condição que faz com que os indivíduos aumentem a sensibilidade interpessoal e interpretem como ameaçadores os comentários dos outros (que pode levar à desconfiança). Estas respostas são caracterizadoras de um fenómeno reconhecido na literatura científica como sendo a percepção de estigma (Pinel, 1999; Pinel, 2002). A partir dos resultados da ideação paranóide, no presente estudo, e na confrontação com a literatura, sugerimos que o desemprego pode ser uma condição estigmatizante. Mais estudos devem ser desenvolvidos para confirmar esta suposição.

Comparando os indivíduos desempregados de longa duração com os desempregados de curta duração quanto à sintomatologia psicopatológica concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas. Considerando que a relação entre saúde mental e desemprego varia de acordo com a duração deste último, os presentes resultados não apontam no sentido da menor sintomatologia psicopatológica nos desempregados por um longo período de tempo. No entanto, confirma-se que a longa duração do desemprego pode não estar associada a maior instabilidade psicológica. A propósito, os resultados encontrados por Warr e Jackson (1985), numa amostra de 629 homens sujeitos a desemprego contínuo durante seis meses, evidenciaram que o seu bem-estar melhorou significativamente entre os 12 e os 24 meses após o desemprego, com alterações registadas ao nível das aspirações, grau de autonomia e aumento de competências (P. Warr & Jackson, 1987). Na revisão bibliográfica, pudemos constatar que as pessoas que experienciam longos períodos de desemprego, estabelecem um processo de adaptação construtiva que os torna indivíduos mais activos, capazes de desenvolver interesses fora do contexto do mercado de trabalho. Importa salientar que o impacto negativo do desemprego não está directamente associado ao desemprego de longa duração, mas sim ao surgimento de consequências que advém do aumento do período de desemprego, associado ao envelhecimento do grupo da população desempregada e a consequente apresentação de maior stress psicológico na população desempregada mais velha.

Conclusão

O presente trabalho de investigação surge impulsionado pelo cenário actual do decréscimo de saúde mental associado ao impacto da crise financeira e em particular com a inactividade laboral que se verifica quer a nível internacional quer nacional. Sendo assim o objectivo primordial desta investigação pretende ser um contributo para promover a reflexão, análise e compreensão sobre "Saúde Física e sintomatologia psicopatológica num grupo de desempregados - um estudo comparativo"; numa amostra de empregados e desempregados “.

Os dados obtidos permitiram-nos comparar esses resultados com a literatura existente. As principais conclusões retiradas dos resultados encontrados são as seguintes: os desempregados recorrerem mais aos serviços de saúde, consomem mais medicação, apresentam níveis mais elevados de somatização e de sintomatologia psicopatológica do que os empregados, e a sintomatologia psicopatológica não diferem do desempregado de curta e longa duração.

No que se refere a investigações futuras, parece-nos essencial serem suplantadas as lacunas evidenciadas no estudo, como também seria pertinente elaborar um estudo longitudinal com os mesmos respondentes, os desempregados, e ver até que ponto a influência do desemprego tem impacto nas suas vidas.

Bibliografia:

- Almeida, V. (2006). *Somatização e Expressão emocional - Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários*. Universidade do Minho, Braga.
- Annika, R. W. (2005). Socioeconomic disparities in health: self-rated health in relation to employment status during periods of high and low levels of employment. *European Journal of Public Health, 16*(3), 3-12.
- Arnetz, B., Wasserman, J., Petrini, B., Brenner, S., Levi, L., Eneroth, P., et al. (1987). Immune function in unemployed women. *Psychosomatic Medicine, 49*(1), 3-12.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class: © American Journal of Public Health 2004.
- ASSOCIATION, A. P. (2002). *DSM-IV-TR MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS* (4.^a EDIÇÃO ed.): AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry, 62*(8), 903-910.
- Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., & Benavides, F. G. (2002). The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *J Epidemiol Community Health, 56*(6), 405-406.
- Brenner, M. H. (2010). Health impact of economic restructuring and unemployment in europe. [Conference article]. *Health & Consumers DG's*.
- Butterworth, P., Rodgers, B., & Windsor, T. D. (2009). Financial hardship, socioeconomic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. *Social Science & Medicine, 69*(2), 229-237.
- Campos, M. A., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_d et&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106451&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
- Canavarro. (1999). Inventário de sintomas psicossomáticos - B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. III, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.

- Canavarro, C. (2008). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal* (Vol. III). Braga: SHO/APPORT.
- Catalano, R. (1991). The health effects of economic insecurity. *Am J Public Health, 81*(9), 1148-1152.
- Chang, S.-S., Gunnell, D., Sterne, J. A. C., Lu, T.-H., & Cheng, A. T. A. (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine, 68*(7), 1322-1331.
- Chatterjee, P. (2009). Economic crisis highlights mental health issues in India. *Lancet, 373*(9670), 1160-1161.
- Claussen, B. (1999). Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long-term unemployed. *Addiction, 94*(1), 133-138.
- Cohen, F., Kemeny, M. E., Zegans, L. S., Johnson, P., Kearney, K. A., & Stites, D. P. (2007). Immune Function Declines With Unemployment and Recovers After Stressor Termination. *Psychosomatic Medicine, 69*(3), 225-234.
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1992). A Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys. *Child Development, 63*(3), 526-541.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic Stress, Coercive Family Process, and Developmental Problems of Adolescents. *Child Development, 65*(2), 541-561.
- Creed, P. A., & Klisch, J. (2005). Future outlook and financial strain: testing the personal agency and latent deprivation models of unemployment and well-being. *J Occup Health Psychol, 10*(3), 251-260.
- Creed, P. A., & Macintyre, S. R. (2001). The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *J Occup Health Psychol, 6*(4), 324-331.
- Creed, P. A., & Reynolds, J. (2001). Economic deprivation, experiential deprivation and social loneliness in unemployed and employed youth. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 11*(3), 167-178.
- Creed, P. A., & Watson, T. (2003). Age, Gender, Psychological Wellbeing and the Impact of Losing the Latent and Manifest Benefits of Employment in Unemployed People. *Australian Journal of Psychology, 55*(2), 95-103.
- Degoratis, L. r. (1982). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Mahwah.

- Dew, M. A., Bromet, E. J., & Penkower, L. (1992). Mental health effects of job loss in women. *Psychological Medicine*, 22(03), 751-764.
- Dooley, D., Catalano, R., & Rook, K. S. (1988). Personal and Aggregate Unemployment and Psychological Symptoms. *Journal of Social Issues*, 44(4), 107-123.
- Eisenberg, P., & Lazarsfeld, P. F. (1938). The psychological effects of unemployment. *Psychological Bulletin*, 35(6), 358-390.
- Ersoy-Kart, M., & Erdost, H. E. (2008). UNEMPLOYMENT WORRIES AMONG TURKISH UNIVERSITY STUDENTS. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(2), 275-288.
- EUROSTAT. (2010). "Unemployment statistics" - Statistics Explained. 2010
- Feather, N. T., & Bond, M. J. (1983). Time structure and purposeful activity among employed and unemployed university graduates. *Journal of Occupational Psychology*, 56(3), 241-254.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Unemployment and Suicidal Behavior in a New Zealand Birth Cohort. [10.1027/0227-5910.28.2.95]. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(2), 95-101.
- Ferrara, F. A., Acebal, E., & Paganini, J. M. (1976). *Medicina de la Comunidad, Medicina Preventiva, Medicina Social e Medicina Administrativa*. Buenos Aires: Inter Médica.
- Frost, T. F., & Clayson, D. E. (1991). The Measurement of Self-Esteem, Stress-Related Life Events, and Locus of Control Among Unemployed and Employed Blue-Collar Workers. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(17), 1402-1417.
- Fryer, D. (1988). *Handbook of Life, Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Fryer, D., & Payne, R. (1986). *Being Unemployed: A Review of Literature on the Psychological Experience of Unemployment*. Paper presented at the International Review of Industrial and Organizational Psychology.
- Gomes, J. C. R. (2003). *DESEMPREGO, DEPRESSÃO E SENTIDO DE COERÊNCIA: Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública*. Unpublished Relatório de Investigação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Gonçalves, C., & Coimbra, J. (2002, 28-29 Novemvro). *Significados construídos em torno da experiencia Profissional/Trabalho*. Paper presented at the IV

- Congresso Internacional, de Formação Norte de Portugal/Galiza: Integração das Políticas e Sistemas de Educação e Formação - Perspectivas e Desafios., Porto.
- Graetz, B. (1993). Health consequences of employment and unemployment: Longitudinal evidence for young men and women. *Social Science & Medicine*, 36(6), 715-724.
- Grossi, G., Åhs, A., & Lundberg, U. (1998). Psychological correlates of salivary cortisol secretion among unemployed men and women. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 33(3), 249-263.
- Hajjar, Beelitz, & Baubion-Broye. (1993). Soutiens Souciaux et Stratégies de Recherche d'Emploi. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 22(4).
- Hamilton, V. L., Hoffman, W. S., Broman, C. L., & Rauma, D. (1993). Unemployment, Distress, and Coping: A Panel Study of Autoworkers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 234-247.
- Hammarström, A., & Janlert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(8), 624-630.
- Hanisch, K. A. (1999). Job Loss and Unemployment Research from 1994 to 1998: A Review and Recommendations for Research and Intervention. *Journal of Vocational Behavior*, 55(2), 188-220.
- Harris, A., Orav, E., Bates, D., & Barsky, A. (2009). Somatization Increases Disability Independent of Comorbidity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 155-161.
- Haworth, J., & Lewis, S. (2005). Work, leisure and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 67 - 79.
- Herr, E. (1992). Emerging trends in career counselling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 15(4), 255-288.
- Hill, M. M., & Hill, A. (1998). *Investigação empírica em ciências sociais: um guia introdutório*. Lisboa: Dinâmia.
- Hoare, P. N., & Machin, M. A. (2009). Some implications of the psychological experience of unemployment. *Australian Journal of Career Development*, 18(3), 57-61.
- Hyler, S., & Spitzer, R. (1978). Hysteria split asunder. *Am J Psychiatry*, 135(12), 1500-1504.
- IEFP. (2011). Instituto de Emprego e Formação Profissional., 2011

- INE. (2010a). Estatísticas do Emprego 1º trimestre de 2010. 2010, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu&DESTAQUE_Sdest_boui=83107891&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2010b). Estatísticas do Emprego 2º trimestre de 2010. 2010, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu&DESTAQUE_Sdest_boui=83107899&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2010c). Estatísticas do Emprego 3º trimestre de 2010. 2010, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu&DESTAQUE_Sdest_boui=83107903&DESTAQUESmodo=2
- Jahoda, M. (1979). The psychological meanings of unemployment. *New Society*, 49, 492-495.
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36(2), 184-191.
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: un analisis sócio-psicológico*. Madrid: Morata Ed.
- Jin, R. L., Shah, C. P., & Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*, 153(5), 529-540.
- Kasl, S., Gore, S., & Cobb, S. (1975). The experience of losing a job: reported changes in health, symptoms and illness behavior. *Psychosom Med*, 37(2), 106-122.
- Kaufman, H. J. (1982). *Professionals in search of Work - Coping with the stress of Job Loss and Unemployment*. Nova York: Interscience Publication.
- KELLNER, R. (1990). Somatization: Theories and Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 150-160.
- Kessler, R. C., Turner, J. B., & House, J. S. (1987). Intervening processes in the relationship between unemployment and health. *Psychol Med*, 17(4), 949-961.
- Kogevinas, M., Anto, J., Tobias, A., Alonso, J., Soriano, J., Almar, E., et al. (1998). Respiratory symptoms, lung function and use of health services among unemployed young adults in Spain. Spanish Group of the European Community Respiratory Health Survey. *European Respiratory Journal*, 11(6), 1363-1368.
- Kovács, I. (2004). Emprego flexível em Portugal. *Sociologias*, 32-67.
- Kulik, L. (2001). Impact of length of unemployment and age on jobless men and women: a comparative analysis. *Journal of Employment Counseling* 38(1), 15-27.

- Lahelma, E. (1992). Unemployment and Mental Well-Being: Elaboration of the Relationship. *International Journal of Health Services*, 22(2), 261-274.
- Latack, J. C., & Dozier, L. B. (1986). After the Ax Falls: Job Loss as a Career Transition. *The Academy of Management Review*, 11(2), 375-392.
- Leana, C. R., & Feldman, D. C. (1990). Individual Responses to Job Loss: Empirical Findings From two field Studies. *Human Relations*, 3(11), 1155-1189.
- Lewis, G., & Sloggett, A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*, 317(7168), 1283-1286.
- Lindström, M., & Ali, S. M. (2006). Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *The European Journal of Public Health*, 16(3), 324-330.
- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *Am J Public Health*, 75(5), 502-506.
- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *Am J Public Health*, 75(5), 502-506.
- Luís Centeno, Erskine, A., & Pedrosa, C. (2000). *Percursos profissionais de exclusão social* (Vol. 19). Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- Luoto, R., Poikolainen, K., & Uutela, A. (1998). Unemployment, sociodemographic background and consumption of alcohol before and during the economic recession of the 1990s in Finland. *International Journal of Epidemiology*, 27(4), 623-629.
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 652-663.
- Mallinckrodt, B., & Fretz, B. R. (1988). Social Support and the Impact of Job Loss on Older Professionals. *Journal of Counseling Psychology*, 35(3), 281-286.
- Martella, D., & Maass, A. (2000). Unemployment and Life Satisfaction: The Moderating Role of Time Structure and Collectivism¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(5), 1095-1108.
- Martikainen, P. T., & Valkonen, T. (1998). The effects of differential unemployment rate increases of occupation groups on changes in mortality. *Am J Public Health*, 88(12), 1859-1861.
- Mayou, R. (1993). Somatization. *Psychother Psychosom*, 59(2), 69-83.

- McFayden, R. (1995). Coping with threatened identities: Unemployed people's self-categorizations. *Current Psychology, 14*(3), 233-256.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology, 90*(1), 53-76.
- Meyer, K., & Lobao, L. (2003). Household, Gender, and Political Responses to Economic Downturn: Extending theories of mobilization. *the sociological Quarterly, 44*(2), 159-179.
- MONTGOMERY, S. M., COOK, D. G., BARTLEY, M. J., & WADSWORTH, M. E. J. (1998). Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. *The European Journal of Public Health, 8*(1), 21-27.
- Morris, J. K., & Cook, D. G. (1991). A critical review of the effect of factory closures on health. *Br J Ind Med, 48*(1), 1-8.
- Muchinsky, P. M. (1997). *Psychology applied to work: An introduction to industrial and organizational psychology*. CA: Brooks/Cole.
- Muller, J., Hicks, R., & Winocur, S. (1993). The Effects of Employment and Unemployment on Psychological Well-Being in Australian Clerical Workers: Gender Differences. *Australian Journal of Psychology, 45*(2), 103-108.
- OCDE. (2010a). Harmonised Unemployment Rates (HURs), OECD - Updated: December 2010. 2010, from http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_201185_46719868_1_1_1_1,00.html
- OCDE. (2010b). Harmonised Unemployment Rates (HURs), OECD - Updated: November 2010. 2010, from http://www.oecd.org/document/56/0,3746,en_2649_201185_46361976_1_1_1_1,00.html
- Parada, F., & Coimbra, J. L. (1999/2000). Sentidos e significados do trabalho no contexto de uma realidade em transformação: O desemprego e as dificuldades de integração profissional dos jovens. *Cadernos de consulta Psicológica, 15/16*, 47-57.
- Piachaud, J. (2008). Globalization, Conflict and Mental Health. *Global Social Policy, 8*(3), 315-334.

- Quintanilla, S., & Wilpert, Q. (1988). *The Meaning of Work and Technological Options* (5 ed.).
- Reynolds, S., & Gilbert, P. (1991). Psychological Impact of Unemployment: Interactive Effects of Vulnerability and Protective Factors on Depression. *Journal of Counseling Psychology*, 38(1), 76-84.
- Santos, A.-C., & Barros, H. (2004). Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999-2000. *Preventive Medicine*, 38(1), 114-119.
- Santos, S. M. d. (2001). As responsabilidades da Universidade na Formação de Agentes para o desenvolvimento. In A. Gonçalves, L. Almeida, R. Vasconcelos & S. Caires (Eds.), *Da Universidade para o Mundo do Trabalho: desafios para um diálogo* (pp. 151-162). Braga: Conselho Académico da Universidade do Minho.
- Schultz-Gambard, J., Balz, H., Drewski, R., & Mowka, K. (1988). Individual and social consequences of unemployment. *Environmental Social Psychology* (pp. 182-188). Dordrecht: Kluwer Academic Publisher.
- Spielberg, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberg (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Stellman, J. M. (1997). Job Security: Unemployment. *ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, 4(57-62).
- Vinokur, A. D., Price, R. H., & Caplan, R. D. (1996). Hard Times and Hurtful Partners: How Financial Strain Affects Depression and Relationship Satisfaction of Unemployed Persons and Their Spouses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 166-179.
- W.H.O. (2011). What is depression? , 2011, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html
- Wanberg, C. R. (1997). Antecedents and outcomes of coping behaviors among unemployed and reemployed individuals. *Journal of Applied Psychology*, 82(5), 731-744.
- WARR, & JACKSON, P. (1984). *Men without jobs: some correlates of age and length of unemployment* (Vol. 57). London, ROYAUME-UNI: Cambridge University Press.

- Warr, P., & Jackson, P. (1985). Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychological Medicine*, 15(04), 795-807.
- Warr, P., & Jackson, P. (1987). Adapting to the unemployed role: A longitudinal investigation. *Social Science & Medicine*, 25(11), 1219-1224.
- Warr, P., Jackson, P., & Banks, M. (1988). Unemployment and Mental Health: Some British Studies. *Journal of Social Issues*, 44(4), 47-68.
- Waters, L. E., & Moore, K. (2002). Predicting self-esteem during unemployment: the effect of gender, financial deprivation, alternate roles, and social support. *Journal of employment counselling*, 39(4), 171-189.
- Waters, L. E., & Moore, K. A. (2002). Reducing latent deprivation during unemployment: The role of meaningful leisure activity. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(1), 15-32.
- WHO. (2009). World Health Organization.
- Wilczyńska-Kwiatek, A., & Bargiel-Matusiewicz, K. (2008). Contemporary picture of women's unemployment. Personality conditioning of unemployment and its consequences for psychic health. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 63-68.
- Willimack, D. K., & Goldenberg, K. L. (2002). MEASUREMENT DIFFERENCES IN KEY ECONOMIC INDICATORS. [report]. *Bureau of Labor Statistics (BLS)*, 2.
- Woleck, A. (2002). O trabalho, a ocupação e o emprego. Uma perspectiva histórica. *Revista de divulgação Técnico-científica do instituto Catarinense de Pós-Graduação*.

Tabelas:

Tabela 1 - Frequências observadas entre n° consultas e estatuto laboral.

			Estatuto Laboral		Total
			Empregado	Desempregado	
N.º Consultas	Nenhuma	N	13	2	15
		%	13,0%	2,0%	7,5%
	1 - 5 Consultas	N	79	69	148
		%	79,0%	69,0%	74,0%
	Mais de 5 Consultas	N	8	29	37
		%	8,0%	29,0%	18,5%
Total	N	100	100	200	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 2 - Frequências observadas entre consumo de medicamentos e estatuto laboral.

				Estatuto Laboral		Total
				Empregado	Desempregado	
Consome medicamentos	Sim	n	22	47	69	
		%	22,0%	47,0%	34,5%	
	Não	n	78	53	131	
		%	78,0%	53,0%	65,5%	
Total	n	100	100	200		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		

Tabela 3 - Médias e desvio padrão para o consumo de tabaco e álcool segundo o estatuto laboral

	Estatuto Laboral	N	M	DP	t	p
Consumo de cigarros dia	Empregado	15	11,47	8,219	0,511	0,612
	Desempregado	31	10,03	9,247		
Consumo álcool	Empregado	41	1,71	1,289	-0,650	0,517
	Desempregado	38	1,89	1,269		

Tabela 4 - Médias e desvios padrão para somatização segundo o estatuto laboral.

	Estatuto Labora	N	M	DP	T	p
Somatização	Empregado	100	2,42	2,505	-4,879	0,000
	Desempregado	100	4,65	3,819		
Somatização PILL	Empregado	100	3,45	2,149	-2.823	0.005
	Desempregado	100	4,44	2,790		

Tabela 5 - Médias e desvios padrão para psicopatologia segundo o estatuto laboral

	Estatuto Laboral	N	M	DP	t	p
Somatização BSI	Empregado	100	2.42	2.505	-4.879	0.000
	Desempregado	100	4.65	3.819		
Obsessão	Empregado	100	4.05	2.876	-3.814	0.000
	Desempregado	100	5.92	3.960		
Sensibilidade Interpessoal	Empregado	100	3.01	2.984	-4.231	0.000
	Desempregado	100	5.22	4.294		
Depressão	Empregado	100	3.05	3.471	-4.513	0.000
	Desempregado	100	5.71	4.758		
Ansiedade	Empregado	100	3.21	2.857	-4.520	0.000
	Desempregado	100	5.40	3.895		
Hostilidade	Empregado	100	3.32	2.733	-4.020	0.000
	Desempregado	100	5.39	4.364		
Ansiedade Fóbica	Empregado	100	1.58	2.582	-1.162	n.s.
	Desempregado	100	2.00	2.526		
Ideação Paranoide	Empregado	100	4.51	3.560	-3.304	0.001
	Desempregado	100	6.49	4.821		
Psicoticismo	Empregado	100	2,05	2,637	-3.005	0.003
	Desempregado	100	3,32	3,302		
Somatização PILL	Empregado	100	3.45	2.149	-2.823	0.005
	Desempregado	100	4.44	2.790		

Tabela 6 - Médias e desvios padrão para psicopatologia segundo a duração do desemprego

	Classificação tipo de desemprego	N	M	DP	t	p
Somatização BSI	< 12 meses	46	4,76	3,461	0,282	n.s
	> 12 meses	54	4,55	4,128		
Obsessão	< 12 meses	46	5,94	3,611	0,039	n.s
	> 12 meses	54	5,91	4,268		
Sensibilidade Interpessoal	< 12 meses	46	5,24	3,723	0,042	n.s
	> 12 meses	54	5,20	4,763		
Depressão	< 12 meses	46	5,94	4,118	0,435	n.s
	> 12 meses	54	5,52	5,274		
Ansiedade	< 12 meses	46	5,54	3,592	0,338	n.s
	> 12 meses	54	5,27	4,165		
Hostilidade	< 12 meses	46	5,80	4,282	0,875	n.s
	> 12 meses	54	5,03	4,442		
Ansiedade Fóbica	< 12 meses	46	1,76	2,548	-	n.s
	> 12 meses	54	2,20	2,513		
Ideação Paranoide	< 12 meses	46	7,17	4,493	1,314	n.s
	> 12 meses	54	5,90	5,051		
Psicoticismo	< 12 meses	46	3,32	3,266	0,017	n.s
	> 12 meses	54	3,31	3,363		
Somatização Pill	< 12 meses	46	4,37	2,313	-	n.s
	> 12 meses	54	4,50	3,161		

Anexo 6 - *Comunicação Oral*

SAÚDE FÍSICA E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA NUM GRUPO DE DESEMPREGADOS – UM ESTUDO COMPARATIVO

Sílvia Andreia de M. Nunes Dias e Vera Margarida S. de Almeida

Departamento Psicologia Clínica

Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte/ Unipsa

Resumo:

Este estudo surge impulsionado pelo cenário actual do decréscimo de saúde física e mental associado ao impacto da crise financeira e em particular com a inactividade laboral que se verifica quer a nível internacional quer nacional.

Este estudo tem como objectivo analisar as diferenças entre um grupo de desempregados e um grupo de empregados relativamente aos dados de saúde (à utilização de serviços de saúde e aos comportamentos de saúde), às dimensões de psicopatologia e comparar os níveis de psicopatologia entre os desempregados de curta e longa duração. O estudo empírico foi efectuado junto de uma amostra de 200 indivíduos sendo que 100 indivíduos são empregados e 100 desempregados, provenientes do concelho da Póvoa de Varzim. Foram utilizados um questionário sócio-demográfico; o questionário The Pill (Almeida, 2002) e o questionário BSI (Canavarro, 1999).

Os resultados indicam que os indivíduos desempregados recorrem mais ao serviços de saúde do que os empregados e que os indivíduos desempregados consomem mais medicação que os indivíduos empregados. Não se encontraram diferenças quanto aos comportamentos de saúde entre estes dois grupos. Constatou-se que os indivíduos desempregados apresentavam níveis mais elevados de somatização comparativamente aos indivíduos empregados. Relativamente, à sintomatologia psicopatológica entre desempregados e empregados, foram encontradas diferenças nas dimensões: somatização, obsessão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo. No grupo de desempregados não foram encontradas diferenças na sintomatologia psicopatológica entre os desempregados de curta e longa duração.

Palavras Chave: desemprego; desemprego de longa duração, comportamentos de saúde, utilização de serviços de saúde, somatização, psicopatologia.