



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Carolina Santos Laranjeira

**LAÇOS SOCIAIS E VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS DO
TRABALHO:
IMPACTO NA FELICIDADE PERCEBIDA E NO
RELATO SUBJETIVO DE SAÚDE**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Especialização
em Psicologia das Organizações e do Trabalho orientada pelo Professor
Doutor Joaquim Pires Valentim e apresentada à Faculdade de Psicologia e de
Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra

Fevereiro de 2022

Laços sociais e variáveis psicossociais do trabalho:

Impacto na felicidade percebida e no relato subjetivo de saúde

A presente investigação procura perceber a possível ligação entre algumas variáveis relacionadas com aspetos da vida social e organizacional dos indivíduos e os relatos de felicidade percebida e de saúde subjetiva. Os dados apresentados resultam de uma amostra de 1775 indivíduos residentes em Portugal que participaram na 6ª edição do European Social Survey realizada no ano de 2012. Os resultados parecem apontar para, no caso da felicidade percebida, ser primeiramente a satisfação com o trabalho e o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, seguidas da perceção de dar suporte a outros os aspetos mais associados com esta sensação de felicidade e, no caso da saúde, ser o convívio com outras pessoas do círculo próximo, o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e as relações de suporte as que estão mais relacionadas com essa perceção. No geral estes resultados sublinham a importância do equilíbrio entre a vida pessoal e a vida profissional, bem como a relevância das relações interpessoais e de suporte social na vida dos indivíduos. Quando considerada a situação profissional dos inquiridos, são aqueles que se encontram a trabalhar que dizem estar mais felizes, e no que diz respeito ao relato subjetivo de saúde, são os que estão na reforma os que avaliam menos positivamente a sua saúde.

Palavras-chave: identidade social, laços sociais, *social cure*, felicidade percebida e relato subjetivo de saúde, situação profissional.

Social ties and psychosocial variables of work:

Impact on perceived happiness and subjective account of health

The current investigation seeks to understand the possible connection between some variables related to aspects of the social and organizational life of individuals and the perceived happiness and subjective health account. The data presented is the result of a sample of 1775 individuals living in Portugal who participated in the 6th European Social Survey carried out in 2012. The results achieved seem to point, in the case of perceived happiness, that is primarily the satisfaction with work and the balance between personal and professional life, followed by the perception of supporting others, the aspects most associated with this feeling of happiness. In what concerns health subjective evaluation, socializing with other people in the inner circle, the balance between personal and professional life and the support relationships are most closely related to that feeling. In general, these results highlight the importance of work-life balance, as well as the relevance of interpersonal relationships and social support in our daily lives. When considering the respondents' professional situation, those who are working say they are happier and concerning the subjective account of health, are those who are in retirement that evaluate their health less positively.

Keywords: social identity, social ties, social cure, perceived happiness and subjective health account, professional situation.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento concetual	3
A teoria da identidade social	3
A teoria da autocategorização	4
A social cure	5
II – Objetivos	8
III - Metodologia	9
Instrumento:	9
Procedimento de recolha de dados:	10
Amostra:	11
Medidas	11
Item definidor da situação profissional / grupos em análise:	11
Itens relativos ao relato de felicidade percebida e relato subjetivo de saúde:	12
Itens relativos à vida interpessoal:	12
Itens relativos à vida organizacional e interação com a vida pessoal:	13
Itens relativos à experiência subjetiva da sua vida interpessoal:	13
IV – Resultados:	14
Situação profissional atual e os relatos de felicidade percebida e de saúde subjetiva:	14
Situação profissional, convívio com outros do círculo próximo e frequência com que participou em atividades de voluntariado durante o último ano:	15
Correlações das variáveis relacionadas com a vida social e profissional e os relatos subjetivos:	16
V – Discussão:	20
VI – Limitações:	26
VII – Conclusão:	27
Referências Bibliográficas:	28
Anexos	36
Anexo I: Outputs do teste de Kruskal Wallis e <i>post hoc</i> da variável Felicidade percebida (Tabela I)	37
Anexo II: Outputs do teste de Kruskal Wallis e <i>post hoc</i> da variável Relato subjetivo de saúde (Tabela I)	38

Anexo III: Outputs do teste de Kruskal Wallis e <i>post hoc</i> da variável Convívio com outros do círculo próximo (Tabela 2).....	39
Anexo IV: Outputs do teste de Kruskal Wallis e <i>post hoc</i> da variável Frequência com que participou em atividades de voluntariado (Tabela 2).....	40

Introdução

Para Baumeister e Leary (1995) a pertença a grupos é uma necessidade humana e, por isso, tendemos a estabelecer e a manter uma quantidade mínima de relações afetivas significativas, prazerosas, estáveis e prolongadas no tempo, caracterizadas pela preocupação mútua com o bem-estar do outro. Esta necessidade terá uma base evolutiva na sua origem, tendo-se desenvolvido um conjunto de mecanismos internos que incluem essa tendência de nos orientarmos para os outros e de experimentar angústia afetiva quando privados desse contacto. A investigação que procurou perceber o impacto no próprio indivíduo das relações que estabelece com os outros e, em particular, no seu estado de saúde, despoletou desde cedo e é extensa, predominando diferentes concetualizações, definições e medidas entre conceitos (Berkman et al., 2000; Holt-Lunstad et al., 2010; Jetten et al., 2012).

A importância das relações sociais, ou da integração social na saúde do indivíduo, foi assinalada por Émile Durkheim, no seu livro “*Suicídio*” em 1897, a quem a literatura reconhece essa chamada de atenção primária: uma fraca integração social parecia estar associada a um maior risco do indivíduo pôr fim à sua própria vida (Berkman et al., 2000; House et al., 1988). É já nos anos 50 que antropólogos britânicos, como Barnes ou Boott, levantam novamente o tema perante a dificuldade de compreender vários comportamentos observados que não pareciam ser explicados pelas relações de parentesco ou a categoria social a que o indivíduo pertencia. Terá sido neste processo que desenvolveram o conceito de “redes sociais” na tentativa de melhor compreender o impacto de outros laços que os indivíduos estabeleciam, teriam nos comportamentos observados quer nestes, quer em grupos, lançando as bases para o estudo daquilo que seriam as propriedades estruturais dos laços sociais, isto é, centrando-se na estrutura e nos elementos que compõem a rede e que vão determinar atitudes e comportamentos individuais mediante o conteúdo e os recursos a que os indivíduos têm acesso (Berkman et al., 2000).

Na década de 70 a investigação que procurava perceber o tipo de associação existente entre as relações sociais e a saúde, conheceu um acentuado interesse e crescimento. Cassel e Cob (1976; 1976) seriam dos primeiros a sugerir nas suas revisões de várias investigações de carácter longitudinal, experimental e retrospectivo, tanto em animais como em humanos, existir uma associação causal entre as relações sociais e a

saúde: as primeiras pareciam surgir como fatores protetores da saúde, tendo a capacidade de promovê-la de várias formas, realçando particularmente o seu papel de *buffer* ou protetor, nos efeitos nefastos do *stress* e de outros fatores de risco para a saúde (como citado em House et al., 1988). Já nos finais dos anos 70, Berkman & Syme (1979), no estudo que ficou conhecido como “*Alameda County*” iniciado em 1965, vinham explorar esta associação com o índice de mortalidade, ao aferirem a presença e a extensão de vários indicadores de relacionamentos sociais do indivíduo – a título de exemplo o estado civil, a frequência do contacto com familiares, com amigos, a pertença a grupos religiosos, ou outros grupos informais – concluindo que indivíduos com uma menor combinação destes indicadores tinham associado um risco de mortalidade superior em comparação com aqueles que possuíam padrões de integração social mais elevados (como citado em Lima, 2018). Mais tarde, aquilo que Berkman e colegas (2000) designaram por segunda onda, assinala o alargamento ou a passagem da investigação na área, a uma orientação mais qualitativa, considerando para além dos aspetos estruturais das redes sociais, os aspetos qualitativos, isto é, quer o papel de suporte que estas podem ter, quer os aspetos negativos e o potencial perigo que podem representar para a nossa saúde e bem-estar.

O estudo de House e colegas (1988) apontaria com maior veemência para uma relação causal entre as relações sociais e a nossa saúde, ao reunir dados de alguns estudos longitudinais, constatando que a escassez de relações sociais e o isolamento associado, representam fatores de risco relevantes para a nossa saúde: aqueles que se encontravam menos integrados a nível social, corriam mais riscos, eram menos saudáveis e teriam associado um índice de mortalidade mais precoce. Os autores apontaram igualmente para a necessidade da investigação posterior explorar os mecanismos sociais, psicológicos e biológicos pelos quais as relações sociais podem ter impacto na nossa saúde. No artigo de Berkman e colaboradores (2000), podemos encontrar alguns desses mecanismos já conhecidos. Entre os mecanismos sociais podemos observar a *influência social* (através de valores e normas); o *envolvimento social* (promovendo a participação na vida social e a criação de novos laços e papéis, fomentando o sentido de valor e sentimentos de pertença); a *exposição a agentes patogénicos* pela interação física que as relações interpessoais promovem; e o *acesso a bens, recursos ou serviços*. Relativamente aos mecanismos psicológicos, as relações sociais podem trazer-nos mais (ou menos): *autoestima*, *sentido de autoeficácia*, *recursos de coping*, bem como influenciar processos de *regulação emocional* exercendo influência sobre as nossas emoções e estados de

humor e assim também influenciar o nosso bem-estar. Por fim, a nível fisiológico as relações sociais podem influenciar as *respostas do nosso sistema imunitário, cardiorrespiratório* ou a *transmissão de doenças*.

Numa revisão mais recente Holt-Lunstand e colaboradores (2010) apoiam os resultados de House e colegas (1988): relações sociais insuficientes são um fator de risco para a mortalidade, comparáveis a outros fatores de risco já amplamente conhecidos como o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de substâncias, a obesidade ou estilos de vida mais sedentários. Apesar da literatura continuar a apontar para a sua importância e reconhecer os benefícios e o impacto que as mesmas podem ter para a nossa saúde, quer os indivíduos em geral como organizações de saúde permanecem a minorizar o seu potencial (Haslam et al., 2018; Holt-Lunstad et al., 2010; Jetten et al., 2012).

Uma das correntes mais recentes que pretende explorar esta relação e perceber como e quando é que as relações que estabelecemos com outros se podem tornar benéficas e produzir efeito, em particular na nossa saúde, surge de um conjunto de investigadores de origem britânica. A *social cure* vem propor que, para perceber esta relação e identificar quais são os processos subjacentes às relações interpessoais que estabelecemos com outros que podem ter impacto sobre a nossa saúde e o nosso bem-estar, é necessário trazer para a equação o papel dos processos e dinâmicas subjacentes às identidades sociais do indivíduo trazidas por Tajfel e Turner (Jetten et al., 2012b).

I – Enquadramento concetual

A teoria da identidade social

A teoria da identidade social (Tajfel & Turner, 1979) surge originalmente para explicar comportamentos de grupo como condutas de conflito, preconceito e discriminação, procurando perceber alguns aspetos que a teoria dos conflitos reais - que terá recebido o seu nome com Donald Campbell (1965, cit. por Tajfel & Turner 1979) - não explicava, nomeadamente, o porquê da manifestação deste tipo de comportamentos na ausência de uma competição direta por recursos.

Esta teoria começou a ver os seus contornos, com os primeiros estudos no âmbito do paradigma dos grupos mínimos de Tajfel e colaboradores (1978, cit. por Turner et al.,

1987) que procurou perceber quais seriam as condições mínimas para o surgimento de comportamentos de discriminação intergrupal, e com os quais se viria a descobrir que bastaria existir uma categorização entre um *ingroup* e um *outgroup*, ou um *endogrupo* e um *exogrupo* - para surgirem comportamentos de discriminação entre os membros. Ou seja, bastaria que os sujeitos soubessem que pertenciam a um grupo, não sendo tão relevante o seu significado, contacto, hostilidade ou conflito prévio, que os levaria a assumir um favoritismo pelo grupo (Figueiredo et al., 2015; Turner et al., 1987; Valentim, 2008).

A teoria da identidade social (TIS) defende que o autoconceito do indivíduo existirá dentro de um continuum com dois extremos. Num deles encontraremos aspetos mais individuais e idiossincráticos daquela que é a sua identidade individual e assim, em algumas situações, serão estes aspetos a tornarem-se mais salientes e o seu comportamento assentará mais nestas características e motivações individuais e, no outro extremo, encontraremos um comportamento que se baseará em aspetos mais relacionados com as suas identidades sociais, isto é, resultantes de uma pertença, ou de se conceber como membro de determinados grupos, sendo que aqui a autodefinição que o indivíduo faz de si abarca conotações de valores associadas à pertença a esse grupo social (Figueiredo et al., 2015). A identidade social refere-se assim a características que integramos no nosso autoconceito, ou na imagem que temos de nós mesmos, que estão intimamente relacionadas com a pertença a determinados grupos sociais, como a nossa família, núcleo de amigos, colegas de trabalho e/ ou outros grupos mais ou menos organizados existentes na nossa comunidade (Tajfel & Turner, 1979). De acordo com a TIS poderemos estabelecer assim um continuum interpessoal-intergrupal daquilo que é o nosso *self*, sendo mais tarde a teoria da autocategorização de Turner e colegas (1987) que viria ajudar a melhor explicar que circunstâncias estes contextos teriam de reunir para propiciar que estes processos de identidade social sobressaiam mais ou menos e como é que estas interações poderiam diferir quando mediadas por estes extremos, ressaltando, no entanto, que raramente se estabelecem num dos pólos mas antes entre estes.

A teoria da autocategorização

A teoria da autocategorização (TAC), desenvolvida posteriormente por Turner e colaboradores (1987), vai procurar estender o conhecimento acerca do nosso conceito de

self social, ou seja, conceitos acerca do nosso *self* que se baseiam na comparação que fazemos com outras pessoas relevantes para nós. Esta teoria não se vai centrar na explicação de um comportamento específico de grupo (como o comportamento discriminatório objeto da TIS), mas antes em como é que os indivíduos têm a capacidade de agir ou de se comportar como um grupo. A hipótese básica desta teoria assenta na “natureza da identidade social como uma elaboração sociocognitiva, como um nível de abstração de ordem superior na perceção do seu *self* e dos outros” (Turner et al., 1987, p. 42).

Para esta teoria, o autoconceito é então o componente cognitivo de um processo psicológico que conhecemos como *self*, e que se traduz no conjunto de representações cognitivas que o indivíduo possui acerca de si próprio, que lhe são acessíveis, e como possuindo múltiplos conceitos acerca de si mesmo. Estas representações cognitivas do *self* assumem a forma de autocategorizações, i.e., agrupamentos cognitivos acerca de si e de algumas classes que assimila idênticas entre si comparativamente com outras. Os autoconceitos (estruturas cognitivas) seriam assim categorias que são construídas com base na perceção das semelhanças dentro e com aquela classe, e das diferenças relativamente a outras classes. A TAC traz sobretudo *insights* acerca do funcionamento do nosso *self social* ser “*situation specific*”, querendo isto dizer que autoconceitos específicos tenderão a ser ativados em situações específicas e dando origem a autoimagens características. Desta forma, determinado autoconceito tenderá a tornar-se saliente, isto é, será ativado ou tornar-se-á cognitivamente predominante, em função da interação entre as características percebidas do indivíduo e a situação particular em que este se encontra naquele momento (Figueiredo et al., 2015; Turner et al., 1987).

A social cure

No que diz respeito ao âmbito da saúde pública, os comportamentos e atitudes continuam maioritariamente a ser vistos como individuais e a ser estudados tipicamente desse ponto de vista, olhando mais a características individuais ou traços de personalidade, não sendo considerado o papel dos grupos e das identidades sociais partilhadas apesar de estes terem sempre uma dimensão social associada (Jetten et al., 2012b; Tarrant et al., 2012).

A *social cure* vem então apoiar-se em algumas das premissas básicas das teorias da identidade social e da autocategorização, sugerindo que os grupos podem ter um impacto na nossa saúde através de alguns destes processos identitários. Uma dessas premissas é a de que nem sempre o indivíduo se define unicamente em termos individuais e idiossincráticos de quem é, enquanto ser individual, mas que também incluirá na própria visão que tem de si, características, atitudes ou comportamentos específicos dos grupos a que pertence, isto é, definir-se-á em termos de uma identidade social enquanto membro de um determinado grupo, sendo assim influenciado nas suas decisões e comportamentos também no que toca à saúde (Jetten et al., 2012b). No entanto tem-se mantido por explorar como é que os aspetos da vida em grupo interagem com fatores não só psicológicos, como também físicos e fisiológicos, importando perceber e identificar que características fundamentais têm de pautar estas relações e os mecanismos implicados para terem esse impacto (Jetten et al., 2012b; Jetten et al., 2017). Um dos aspetos basilares estará relacionado com a identificação com o grupo.

Os grupos parecem ter, de facto, a capacidade de moldar o indivíduo, através da sua internalização no próprio e na forma como contribuem para o seu autoconceito. A nível psicológico, relacionamo-nos com estas entidades – como são exemplos a família, os colegas de trabalho, amigos ou outros grupos informais significativos – como estruturas relacionais com as quais nos envolvemos e que nos vão definir e moldar de determinada forma (Haslam et al., 2009). Contudo, não serão todos os grupos a que pertencemos que vão afetar desta forma a nossa saúde ou o nosso bem-estar: é quando a pessoa se identifica fortemente com o grupo, que conseqüentemente vai internalizar aquela pertença, aquela categoria social como uma parte importante do seu *self* /autoconceito, e que se preveem repercussões ao nível da saúde e bem-estar. É assim necessário perceber determinado grupo como significativo, relevante e vermo-nos como similares a outros membros que o integram para que essa identidade enquanto membro do grupo seja internalizada como parte importante do nosso autoconceito, caso contrário esse grupo terá pouco, ou até nenhum impacto sobre nós (Haslam et al., 2009; Jetten et al., 2017; Sani, 2012).

Os grupos têm assim nestas condições esses efeitos, por se poderem constituir como fonte de recursos psicológicos através de processos de *coping*, pela perceção de suporte que esperamos dos mesmos, por processos de influência - ao influenciar e sermos influenciados a aderir a determinados valores, comportamentos ou normas -, por

alterações na percepção que fazemos de estímulos e eventos geradores de *stress*, ou ainda por satisfazerem necessidades psicológicas básicas como o sentido de pertença, de controlo ou de significado (Cruwys et al., 2014; Greenaway et al., 2016; Haslam et al., 2009; Jetten et al., 2014; Jetten et al. 2012b). Contudo, este sentimento de pertença pode nem sempre ser benéfico, isto é, alguns grupos podem representar uma ameaça à nossa saúde por trazerem consigo normas e comportamentos que não se coadunam com estilos de vida ou comportamentos adequados e saudáveis, ou pode-se ainda dar o caso de certas relações que estabelecemos poderem ser fonte de conflito, ambiguidade, serem disfuncionais ou não serem o suporte que se pretende, gerando *stress* e tendo outros efeitos prejudiciais à nossa saúde e bem-estar (Jetten et al., 2014; Sani 2012; Wakefield et al., 2019). Já os grupos que nos dão um sentido de propósito, de pertença, que trazem significado à nossa vida, ou que aumentam a nossa autoestima, sentimento de valor pessoal e de eficácia, fazem-nos bem tendo então esta capacidade de proteger a nossa saúde e o nosso bem-estar (Haslam et al., 2009).

Assim, as relações sociais que mantemos com os outros podem assumir um papel crucial nos momentos de crise que resultam de períodos de transição que vivemos ao longo da nossa vida, como pode ser o exemplo de uma situação de desemprego ou a reforma de um indivíduo. Quando o nosso sentido de identidade social é comprometido de alguma forma, por exemplo devido a mudanças naquele grupo, ou quando deixamos determinado grupo, a tendência é acarretar consigo consequências negativas a nível psicológico, exigindo do indivíduo um processo de ajustamento face a um potencial desequilíbrio interno (Haslam et al., 2009; Iyer et al., 2009).

Alguns autores sublinham a importância da pertença a vários grupos sociais e da criação de diversas identidades sociais, embora relativamente a este aspeto pareça existir um menor consenso quanto a existir ou não um maior benefício de pertencer a um maior número de grupos. Em relação a este aspeto, Linville (1985) assinala a importância daquilo que se denomina pela complexidade do autoconceito do indivíduo. Segundo a autora, este constitui-se como um aspeto importante na resposta que o indivíduo apresentará face a acontecimentos negativos na sua vida: quanto mais complexo for o autoconceito do indivíduo, menor tenderá a ser a oscilação dos seus níveis de afeto, face a eventos desta natureza. Desta forma, quanto mais atributos como traços, papéis sociais ou características o indivíduo reconhecer e integrar na ideia que tem de si mesmo, maior será a sua estabilidade. A complexidade do *self* será então função do número de

representações cognitivas que o indivíduo integra em si – ser adulto, trabalhador, estudante, esposo, amigo, voluntário são alguns dos exemplos – mas também da independência existente entre as mesmas: quanto menores e quanto mais interdependentes forem essas representações, menor será a complexidade do *self* e maior será o impacto do evento negativo na vida do indivíduo.

II – Objetivos

Tendo presente esta abordagem que sugere que os grupos que integramos e o sentido de pertença que deles derivam enquanto “nós” podem ter o potencial de, quando num sentido positivo, servir de base para otimizar a nossa saúde e sensação de bem-estar subjetivo (Cruwys et al., 2013; Jetten et al., 2012b), o objetivo principal desta investigação será o de perceber se existe alguma relação ou influência entre diversos laços sociais que estabelecemos com outros e a possível repercussão no relato de felicidade percebida e no relato subjetivo de saúde dos indivíduos inquiridos. Considerando algumas variáveis relacionadas com a vida social e organizacional do indivíduo retiradas da 6ª Edição do *European Social Survey* - que se encontram discriminadas na secção Medidas - procuramos perceber se estas variáveis estão relacionadas com os indicadores de saúde e de felicidade percebida e, simultaneamente, aferir se diferentes situações profissionais afetam tanto estes indicadores como a frequência com que os indivíduos se envolvem em algumas destas oportunidades de cultivar relações.

Para tal, numa primeira análise vamos procurar perceber se há diferenças nos relatos de felicidade percebida e de saúde subjetiva mediante diferentes situações profissionais, mais especificamente, entre: i) pessoas que se encontram em trabalho remunerado; ii) pessoas que estão no desemprego e à procura de emprego; iii) pessoas que estão no desemprego, mas que não se encontram à procura de emprego; e iv) pessoas que estão na reforma.

Posteriormente iremos tentar perceber se a frequência com que os inquiridos se expõem a duas atividades sociais - o convívio com outros do círculo próximo (família, amigos ou colegas de trabalho) e o envolvimento em atividades de voluntariado - difere entre as várias situações profissionais mencionadas.

Por último, vamos olhar para a relação de diversas variáveis - que incluem as duas variáveis referidas no parágrafo anterior em conjunto com outros três itens que avaliam algumas dimensões daquilo que pode ser considerado a vida social do indivíduo fora do trabalho e a perceção que tem das mesmas (mais especificamente, a medida em que sente que dá suporte a outros, que recebe suporte de outros e que se sente próximo das pessoas da sua área de residência) e ainda outras três variáveis que dizem respeito a esta interface com o trabalho, nomeadamente a medida em que o indivíduo sente que tem tempo livre para fazer o que gosta, a satisfação com o trabalho e a satisfação com o equilíbrio entre vida pessoal e vida profissional - com o relato de felicidade percebida e o relato subjetivo de saúde.

III - Metodologia

Instrumento:

Os dados apresentados nesta investigação decorrem da edição 6 do *European Social Survey* (ESS) realizada no ano de 2012 em Portugal. Este é um inquérito realizado a nível europeu que de dois em dois anos procura, em mais de 30 países, monitorizar e aferir alterações nos padrões de comportamentos, valores e atitudes face a diversos temas e áreas da vida pessoal e social dos cidadãos europeus. A participação de Portugal neste projeto europeu, é integrada pelo consórcio PASSDA (*Production and Archive of Social Science Data*), uma estrutura que se dedica à recolha, arquivo e à divulgação de dados sobre atitudes, valores e comportamentos de índole sociopolítica, constituindo-se como um elo de ligação do nosso país e outras redes de investigação internacionais nestas temáticas. Esta participação está atualmente sob a coordenação de Alice Ramos do ICS - UL (Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa) com parecerias no ISCTE - UL e no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) da Universidade de Lisboa (European Social Survey., s.d.; Production and Archive of Social Science Data., s.d.).

A opção pelo recurso a um questionário já existente e aplicado, e no caso particular ao ESS, pautou-se por critérios como o rigor e robustez científica, possibilitados pelos elevados e reconhecidos padrões de qualidade e de uniformização no que se refere à metodologia deste instrumento. Os procedimentos de aplicação podem ser

consultados no documento *European Social Survey Round 9 Sampling Guidelines: Principles and Implementation*. A título de exemplo, são fornecidas *guidelines* a nível internacional que regem as regras de amostragem e que definem, por exemplo, que a amostra para cada ronda deve ser selecionada por métodos rigorosos de probabilidade aleatória em todas as fases da sua aplicação, tendo todos os membros da população-alvo para cada país, uma probabilidade maior do que zero de ser selecionado e sendo explícito a exclusão de amostragem por quotas ou de substituição de unidades de amostragem, como por exemplo outro indivíduo daquele meio voluntariar-se (European Social Survey Sampling and Weighting Expert Panel, 2018). A integração de dados recolhidos por este inquérito em relatórios de organizações internacionais como a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), ou a ILO (International Labour Organization) bem como a sua consideração para posicionamentos e decisões de natureza política, demonstram igualmente a credibilidade e a representatividade reconhecida a estes dados (Fagan et al., 2012).

O recurso a uma edição anterior (ed. 6) prende-se com a estrutura deste inquérito. O ESS é constituído por um módulo permanente - que avalia várias áreas da vida dos cidadãos em todas as suas rondas - e por módulos rotativos, para os quais equipas multinacionais de investigadores apresentam propostas de temas. É a edição de 2012 que reúne alguns dos itens de interesse para a presente investigação, ao contemplar um módulo rotativo que pretende avaliar as diferentes facetas pessoais e sociais do bem-estar, com o objetivo de estabelecer uma compreensão robusta acerca do que é que constitui o bem-estar dos indivíduos, e eventualmente contribuir para o desenvolvimento de políticas destinadas a maximizá-lo (Jeffrey et al., 2015). O questionário pode ser acedido em <https://www.europeansocialsurvey.org/data/country.html?c=portugal> .

Procedimento de recolha de dados:

A ronda 6 do ESS em Portugal decorreu entre o mês de outubro de 2012 e março de 2013 e seguiu o procedimento de amostragem aleatória estratificada por forma a garantir que todas as pessoas residentes em habitações privadas em Portugal continental com idade igual ou superior a 15 anos, tiveram igual probabilidade de ser selecionadas para preencher o inquérito, tendo contado com 2151 entrevistados nesta ronda. Para a seleção das ruas e lares a contactar foi usada a técnica designada por *random route*, e os

indivíduos foram selecionados através de métodos de probabilidade aleatória estrita em todas as etapas deste processo. Mais especificações podem ser consultadas no *European Social Survey – 6 Manual do Entrevistador*. Este inquérito combina o método CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*) e uma entrevista presencial com aplicação de um questionário suplementar como extensão da aplicação por meio tecnológico (Consórcio ICS-UL/ISCTE-IUL, 2012). De referir ainda que este desenho em Portugal exclui as regiões autónomas dos Açores e da Madeira e ainda localidades com menos de 10 lares.

Os dados recolhidos em cada ronda do ESS são disponibilizados no seu site, tendo sido feito o *download* da base de dados do ano de 2012 para o programa estatístico SPSS a partir do link abaixo indicado:

<https://www.europeansocialsurvey.org/download.html?file=ESS6PT&c=PT&y=2012> .

Amostra:

Para o objeto do presente estudo, mediante a escolha de uma das variáveis de interesse correspondente ao item que define a situação profissional atual do inquirido, a amostra foi reduzida de 2151 para 1775 indivíduos¹. Destes, 769 são do género masculino (43,3%) e 1006 do género feminino (56,7%) com idades compreendidas entre os 17 e os 97 anos, situando-se a média de idades nos 53 anos. Caracterizando a amostra segundo a sua situação profissional percebemos que 47,4% dos inquiridos estão em trabalho remunerado (842), 16,4% estão no desemprego (292) - sendo que destes, 229 encontram-se ativamente à procura de emprego (12,9%), e os restantes 63 não estão nesta procura (3,5%) – e os últimos 36,1% estão então na reforma (641).

Medidas

Item definidor da situação profissional / grupos em análise:

As variáveis relacionadas com a situação profissional dos indivíduos e que vão permitir constituir os grupos em análise, foram obtidas a partir do Cartão 53

¹ As restantes opções de resposta que constavam no item e que não foram incluídas para esta análise correspondiam às situações: “2) A estudar”; “5) Em situação de doença ou incapacidade/invalidez permanente”; “7) A fazer serviço cívico ou militar”; “8) A fazer trabalho doméstico, a cuidar de crianças ou de outras pessoas (sem ser pago)”

da 6ª edição do European Social Survey (doravante designado ESS6). Estas caracterizam a situação profissional do indivíduo aquando do preenchimento do questionário através do item “*F17c. Qual das seguintes descrições melhor define a sua situação nos últimos 7 dias*”. Das oito opções de resposta, seleccionámos então quatro ²: “1) *A fazer trabalho pago*”; “3) *No desemprego, e ativamente à procura de emprego*”; “4) *No desemprego e não ativamente à procura de emprego*” e “6) *Na reforma*”.

Itens relativos ao relato de felicidade percebida e relato subjetivo de saúde:

Os itens seleccionados para medir estes construtos encontram-se respetivamente nos Cartões 17 e 20 desta edição: “*C1. Considerando todos os aspectos da sua vida, qual o grau de felicidade que sente?*” avaliado numa escala de (0) “*Extremamente infeliz*” a (10) “*Extremamente feliz*” e “*C7. Como avalia a sua saúde em geral?*” numa escala de 1 a 5 que, para uma mais fácil leitura dos dados foi invertida correspondendo assim (1) a “*Muito má*”; (2) “*Má*”; (3) “*Razoável*”; (4) “*Boa*” e o (5) a “*Muito boa*”.

Itens relativos à vida interpessoal:

Para esta esfera da vida do indivíduo, foram seleccionadas duas variáveis que podem ser consideradas indicadores de interações que propiciam o estabelecimento de laços com outros como a frequência com que o indivíduo convive socialmente com pares e ainda com que frequência participou em atividades de voluntariado no último ano, e que integram, respetivamente, os Cartões 18 e 23 do ESS6 nos itens: “*C2. Com que frequência convive com amigos, familiares ou colegas de trabalho?*” - onde (1) correspondia a “*Nunca*”; (2) “*Menos de uma vez por mês*”; (3) “*Uma vez por mês*”; (4) “*Várias vezes por mês*”; (5) “*Uma vez por semana*”; (6) “*Várias vezes por semana*” e (7) a “*Todos os dias*” - e “*D1. Nos últimos 12 meses, com que frequência colaborou em atividades para organizações de caridade e de voluntariado?*” em que a escala foi invertida para uma leitura mais intuitiva, passando o (1) a corresponder a

² Consultar nota de rodapé na página anterior ⁽¹⁾

“Nunca”; (2) “Menos que uma vez em cada 6 meses”; (3) “Pelo menos uma vez em cada 6 meses”; (4) “Pelo menos uma vez em cada 3 meses”; (5) “Pelo menos uma vez por mês” e (6) a “Pelo menos uma vez por semana”.

Itens relativos à vida organizacional e interação com a vida pessoal:

As variáveis do Cartão 56 dizem respeito a variáveis de natureza psicossocial relacionados com a sua vida profissional e a interação desta com uma parte da sua vida pessoal, estando relacionadas com os graus de satisfação, quer com o trabalho que desempenha atualmente - “**F35b. Tudo somado, qual o grau de satisfação que sente com o seu trabalho actual?**” –, quer com o equilíbrio percebido entre o trabalho e a vida pessoal – “**F35c. Qual o seu grau de satisfação com a proporção entre o tempo que gasta com o trabalho remunerado e o tempo que gasta com outros aspectos da sua vida?**”, ambas avaliadas numa escala de (0) “*Extremamente insatisfeito*” a (10) “*Extremamente satisfeito*”. Foi incluído ainda um terceiro item, que integra o Cartão 29 que também avalia, ainda que de forma menos direta, o tempo livre do indivíduo -, “**D28. Em que medida arranja tempo para fazer as coisas que realmente quer fazer?**” avaliado numa escala de (0) “*Nada*” a (10) “*Totalmente*”.

Itens relativos à experiência subjetiva da sua vida interpessoal:

Procurámos por fim incluir alguns dos itens que integraram esta edição do ESS, que se relacionassem com aspetos relevantes da vida interpessoal dos indivíduos, nomeadamente algumas daquelas que são as suas perceções de aspetos da sua vida social num contexto mais alargado, constituindo-se estes itens como aproximações de indicadores da qualidade das relações interpessoais e fomos ver como estes se correlacionavam com os dois indicadores de felicidade e saúde percebida. Dentro dos itens disponíveis seleccionámos três itens dos cartões 28 e 34: “**D27. Em que medida concorda com a frase sintome próximo(a) das pessoas da minha área de residência?**” avaliado numa escala que foi invertida correspondendo o (1) a “*Discordo totalmente*”; (3) a “*Nem concordo nem discordo*”; e o (5) a “*Concordo totalmente*”; e o “**D36. Em que medida acha que recebe apoio e ajuda das pessoas que lhe são**

próximas quando precisa?” e “D37. E em que medida acha que dá apoio e ajuda às pessoas que lhe são próximas quando elas precisam?” ambos avaliados numa escala que vai de (0) “Nada” a (6) “Totalmente”.

IV – Resultados:

Situação profissional atual e os relatos de felicidade percebida e de saúde subjetiva:

Para analisar o impacto da situação profissional no relato de felicidade percebida e no relato subjetivo de saúde, começámos por ter em conta as estatísticas descritivas, nomeadamente a média e o desvio padrão das respostas para estes itens. Procurámos perceber se os dados em estudo seguiam uma distribuição normal e consequentemente optar pelos testes mais adequados à sua análise. Dado estes não seguirem uma distribuição normal, foi pedida uma das alternativas não paramétricas dos testes de comparação de médias e, tendo 4 grupos em análise, optámos pelo teste de Kruskal-Wallis.

As médias e os respetivos desvios padrão para os dois itens referidos, encontram-se na *Tabela 1*. Para ambos, a alternativa não paramétrica sugeriu que deveria ser rejeitada a hipótese nula que nos diz não existir diferenças entre os grupos, uma vez que o $p < 0,05$ ($p = 0,000$ e $p = 0,000$).

De acordo com os *post hoc* do teste, a diferença entre a média das pessoas que se encontram em trabalho remunerado ($M = 6,85$) tem significância estatística relativamente às médias das restantes situações profissionais em análise no que concerne ao relato de felicidade percebida. Estes dados indicam-nos que são as pessoas que estão a trabalhar que dizem estar mais felizes. Relativamente ao relato subjetivo de saúde, são as pessoas que se encontram na reforma ($M = 2,93$) que pior avaliam o seu estado de saúde, indicando os *post hoc* do teste que esta é estatisticamente significativa das restantes. Os outputs em SPSS para estes testes podem ser consultados no Anexo I e II respetivamente.

Tabela 1 - Médias e desvio padrão das diferentes situações profissionais nos itens relativos ao relato de felicidade percebida e de saúde subjetiva

Situação Profissional	Com trabalho remunerado	No desemprego (e ativamente à procura de emprego)	No desemprego (e não ativamente à procura de emprego)	Na reforma
Itens ESS6 (escala de resposta)				
C1. Autorrelato de felicidade (0 – 10)	M= 6,85 DP= 1,752	M= 6,17 DP= 1,958	M= 6,00 DP= 2,032	M= 5,99 DP= 2,049
C7. Autorrelato de saúde (1 – 5)	M= 3,91 DP= 0,752	M= 3,84 DP= 0,854	M= 3,62 DP= 0,851	M= 2,93 DP= 0,880

Situação profissional, convívio com outros do círculo próximo e frequência com que participou em atividades de voluntariado durante o último ano:

Os procedimentos para esta análise no convívio com outros do círculo próximo e na frequência com que participou em atividades de voluntariado – consulta das médias e desvios padrão e o recurso à alternativa não paramétrica do teste de Kruskal- Wallis – foi em tudo semelhante aos passos descritos na secção anterior. Os resultados das médias e desvios padrão podem ser consultados na *Tabela 2*.

Quer para o convívio com outros do círculo próximo, como para a frequência com que o indivíduo participou em atividades de voluntariado, o teste de Kruskal Wallis diz-nos que a hipótese nula deve ser rejeitada, existindo assim diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em análise, uma vez que o $p < 0,05$ para ambos ($p= 0,00$; $p=0,01$ respetivamente). As comparações múltiplas dos testes *post hoc* relativos ao convívio com outros do círculo próximo assinalaram existir diferenças significativas entre as médias das respostas das pessoas que se encontram na reforma ($M = 5,38$) e aquelas que se encontram no desemprego e ativamente à procura de emprego ($M = 5,93$) e novamente entre as pessoas que estão na reforma e aquelas que têm um trabalho

remunerado ($M = 5,88$), uma vez que o $p < 0,05$ ($p = 0,000$ e $p = 0,000$ respetivamente). Já quanto à frequência com que dizem ter feito voluntariado no último ano, estes testes assinalaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias daqueles que se encontram no desemprego e ativamente à procura de emprego ($M = 1,41$) e aqueles que se encontram a trabalhar ($M = 1,69$), uma vez que novamente o $p < 0,05$ ($p = 0,003$). Os outputs em SPSS podem ser consultados nos Anexos III e IV.

Tabela 2 - Médias e desvio padrão na participação em interações sociais entre as diferentes situações profissionais

Situação Profissional	Com trabalho remunerado	No desemprego (e ativamente à procura de emprego)	No desemprego (e não ativamente à procura de emprego)	Na reforma
<i>Itens ESS6 (escala de resposta)</i>				
C2. Convívio com outros do círculo próximo (1 – 7)	$M = 5,88$ $DP = 1,372$	$M = 5,93$ $DP = 1,379$	$M = 5,83$ $DP = 1,374$	$M = 5,38$ $DP = 1,667$
D1. Frequência com que participou em atividades de voluntariado (1 – 6)	$M = 1,69$ $DP = 1,253$	$M = 1,41$ $DP = 0,976$	$M = 1,33$ $DP = 0,842$	$M = 1,61$ $DP = 1,217$

Correlações das variáveis relacionadas com a vida social e profissional e os relatos subjetivos:

Observando a matriz de correlações que se encontram na *Tabela 3*, das duas variáveis referidas anteriormente, o convívio com outros do círculo próximo (família, amigos ou colegas de trabalho) apresenta-se como uma das variáveis mais correlacionadas com o relato subjetivo de saúde ($r = 0,15$), não se verificando o mesmo para o relato de felicidade percebida, pese embora o r seja aqui mais elevado ($r = 0,18$). Já no que diz respeito ao envolvimento em atividades de voluntariado esta é das correlações

mais baixas quer para o relato de felicidade percebida, quer para o de saúde subjetiva ($r=0,12$; $r= - 0,005$).

Olhando então para aquelas que apresentam maiores correlações percebemos que são as variáveis organizacionais que aparecem em primeiro no que diz respeito ao relato de felicidade percebida ($r=0,26$ para ambas), seguida da que se relaciona com dar apoio aos outros ($r=0,25$), e ainda a de ter tempo para fazer aquilo que gosta ($r=0,23$). No que diz respeito ao relato subjetivo de saúde, depois do convívio com aqueles do círculo próximo ($r=0,15$), é novamente uma variável organizacional, no caso o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional ($r=0,13$) seguida das variáveis relacionadas com o suporte social, com uma ligeira superioridade para o dar suporte a outros ($r=0,13$; $r=0,11$).

No geral estes resultados apontam para a importância do equilíbrio entre a vida pessoal e a vida profissional, bem como a importância das relações interpessoais e de suporte social na vida dos inquiridos.

Tabela 3- Correlações entre as diversas variáveis de interesse e os autorrelatos de felicidade percebida e de saúde

<i>Itens do ESS6</i>	<i>C1</i>	<i>C7</i>	<i>C2</i>	<i>D1</i>	<i>D28</i>	<i>D27</i>	<i>D36</i>	<i>D37</i>	<i>F35b</i>	<i>F35c</i>
C1. <i>Autorrelato de felicidade percebido</i>	1,00									
C7. <i>Autorrelato de saúde percebido</i> ³	0,340**	1,00								
C2. <i>Convívio com outros do círculo próximo</i>	0,183**	0,147**	1,00							
D1. <i>Frequência com que participou em atividades de voluntariado</i> ⁴	0,118**	-0,005	-0,015	1,00						
D.28. <i>Em que medida arranja tempo para fazer as coisas que realmente quer fazer?</i>	0,232**	0,051*	0,093**	0,071**	1,00					
D27. <i>“Em que medida concorda com a frase “sinto-me próximo(a) das pessoas da minha área de residência”?”</i> ⁵	,078**	-0,020	-0,007	-0,014	0,113**	1,00				

³ A escala original do item **C7.** foi invertida

⁴ A escala original do item **D1.** foi invertida

⁵ A escala original do item **D27.** foi invertida

D36. “Em que medida acha que <u>recebe apoio</u> e ajuda das pessoas...?”	0,196**	0,110**	0,038	0,033	0,244**	0,124**	1,00			
D37. “Em que medida acha que <u>dá apoio</u> e ajuda às pessoas...?”	0,251**	0,132**	0,061*	0,091**	0,253**	0,105**	0,675**	1,00		
F35b. Satisfação no trabalho	0,261**	0,079*	0,111**	0,053	0,228**	0,078*	0,089*	0,179**	1,00	
F35c. Satisfação com o equilíbrio entre vida profissional e pessoal	0,255**	0,133**	0,101**	0,068	0,342**	0,036	0,078*	0,090**	0,531**	1,00

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

V – Discussão:

Os indivíduos atribuem significado e tendem a ver certos aspetos das suas vidas como mais ou menos significativos, de acordo com formas de encarar e interpretar o mundo que serão mediadas por um sistema de valores social e culturalmente influenciado pela realidade em que vivem. Enquanto para uns o trabalho será algo que maioritariamente permite subsistir e satisfazer as suas necessidades mais básicas, para outros, este poderá ser simultaneamente um contexto de autorrealização profissional e de desenvolvimento, sendo em grande parte o grau de identificação com o trabalho, que influencia a centralidade que o trabalho assume na vida de cada um e que traduzirá o quanto este é importante para a sua identidade (Duque, 2013; Rosso 2010; Vala & Castro, 2013). A construção que fazemos do significado do trabalho pode ser influenciada quer pela forma como nos vemos a nós mesmos, isto é, como os nossos valores, motivações e crenças, influenciam as nossas perceções no que diz respeito ao significado do trabalho, como pelas interações e relações que estabelecemos com outras pessoas e grupos, dentro e fora do trabalho: podemos procurar, por exemplo, nos nossos colegas de trabalho ou líderes, pistas sobre a forma como nos devemos comportar e pensar, podendo ser influenciados por estes no significado que atribuímos, assim como por equipas ou grupos de trabalho que podem trazer um sentido de comunidade quando com eles nos identificamos, ou ainda a missão da organização quando se percebe uma congruência entre os nossos valores e os ideais da mesma. Já fora do trabalho, a nossa família pode também influenciar-nos, por exemplo, ao fazer pender para um significado essencialmente financeiro quando visto como fonte de rendimento, como para um sentido mais vasto e de reconhecimento quando expressam admiração ou valorização pelo trabalho que desempenhamos (Rosso et al., 2010).

É na medida em que o trabalho que desempenhamos se alinha com aquilo que são os nossos princípios e valores, nos proporciona um sentido de autoeficácia em que percebemos um grau de controlo, autonomia e competência sobre as tarefas que nos são atribuídas, assim como percebermos que o nosso trabalho tem impacto e contribui para aquilo que são os objetivos e o propósito da organização, que este pode contribuir em alguma medida para a nossa felicidade perante a vida. Numa retrospectiva com dados de 2008, Duque (2013) refere que após a valorização dos aspetos económicos e da estabilidade profissional que o trabalho pode trazer, é a autorrealização também um dos

valores que os portugueses almejam no trabalho, valorizando e procurando um trabalho que sirva à sua realização tanto pessoal como profissional. Também relativamente à saliência de valores no trabalho Ramos e Vala (2002) pese embora os portugueses revelem uma homogeneidade quanto às três dimensões em análise, é a dimensão social relacionada com a utilidade social do trabalho, que se destaca ligeiramente da dimensão material ligado ao trabalho como fonte de remuneração e estabilidade.

Pode ser por isso, na medida em que este assuma uma maior centralidade nas nossas vidas e seja uma maior ou menor fonte de identificação, que diferimos na forma como o percebemos e, por conseguinte, como lidamos com circunstâncias idênticas das nossas vidas. Por exemplo, as situações de desemprego podem apresentar-se como períodos com repercussões na nossa saúde psicológica, mas também na nossa saúde física. De facto, indivíduos que se encontram no desemprego quando comparados com indivíduos que se encontram a trabalhar podem apresentar níveis mais elevados de angústia clinicamente significativa, depressão, e apresentar similarmente marcadores inflamatórios associados a stress elevado ou mesmo à diabetes, ou outros problemas de saúde como distúrbios digestivos, dores no peito ou dores nas costas (Janicki-Deverts et al., 2008; Korpi, 2001; Paul & Moser, 2009). A centralidade que o trabalho representava para o indivíduo, assim como as preocupações financeiras, podem afetar a sua saúde psicológica e a satisfação com a vida durante este período, enquanto dispor de recursos financeiros, de suporte social, ter uma autoavaliação positiva acerca de si, uma forma mais positiva de encarar esta etapa, organizar e estruturar o seu tempo ou ter rotinas, podem atenuar os impactos negativos destes eventos particularmente na sua saúde psicológica (McKee-Ryan et al., 2005). Outros autores, porém, mostram que a ligação entre esta situação profissional e possíveis estados de saúde física mais deteriorados, apenas foram observadas nos autorrelatos de saúde, não tendo sido possível estabelecer a mesma relação através de biomarcadores para a hipertensão e glucose no sangue, ou seja, quando estes parâmetros foram avaliados de forma objetiva. Contudo, os mesmos autores admitem que a experiência do desemprego possa afetar sobretudo a saúde mental, não tendo esta sido avaliada neste estudo (Johansson et al., 2020).

Também a transição para a reforma se constitui como um evento de grande mudança na vida de um indivíduo que representa o deixar para trás uma atividade que o ocupou e em que se envolveu possivelmente grande parte da sua vida. Este evento pode

também implicar, de forma definitiva, a perda de identidade que o trabalho lhe trazia e que lhe proporcionava um sentido de respeito e também de auto-valorização, não sendo por isso de estranhar que esta fase da vida se possa refletir em relatos de níveis de saúde e de felicidade percebida mais comprometidos (Haslam 2009; Steffens et al., 2016). Contudo, há diversos aspetos a considerar quando avaliamos o impacto que esta etapa da vida pode ter na saúde do indivíduo: van Solinge (2007) considera que um dos fatores que pode ser efetivamente prejudicial é a medida em que os indivíduos se sentem no controlo no momento da reforma, isto é, quando percebem pouco ou nenhum controlo em relação a esta transição, ela pode efetivamente constituir-se como um evento gerador de *stress* e, conseqüentemente prejudicar a sua saúde. Contudo, para van der Heide e colaboradores (2013) na sua meta análise, os efeitos da saúde na reforma parecem refletir-se e ser mais claros a curto prazo, sublinhando que estudos longitudinais mais estendidos no tempo têm mais dificuldade em distinguir este efeito de outros fatores como as características do processo de envelhecimento, alterações nos rendimentos ou nos contactos sociais. Por exemplo, Westerlund e colegas, (2010) referem que a reforma está associada a uma menor fadiga física e mental, mas que condições de saúde crónicas (como doenças respiratórias, coronárias ou diabetes) não parecem estar associadas à situação da reforma em si, mas antes por conseqüências que advêm do avançar da idade. À semelhança de Johansson e colegas (2020), van der Heide e colaboradores (2013) sugerem que apesar dos autorrelatos darem uma perspetiva do ponto de vista dos indivíduos, estes não deixam de ser largamente subjetivos, podendo para uma melhor compreensão da efetiva relação entre reforma e saúde, ser desejável recorrer a medidas mais objetivas como pareceres médicos, uma vez que as evidências que estabelecem uma relação entre a reforma e condições de saúde diagnosticadas são limitadas.

No estudo que realizámos, quando olhamos para as variáveis que mais se correlacionam com os dois autorrelatos, podemos perceber dois padrões: relativamente à felicidade percebida parece existir uma leve superioridade das variáveis organizacionais que dizem respeito à satisfação com o trabalho e o equilíbrio percebido entre a vida pessoal e a vida profissional em comparação com as variáveis que recaem sobre os laços sociais. Já quando olhamos para o relato subjetivo de saúde, grosso modo, são as variáveis mais relacionadas com as relações interpessoais as que surgem como mais associadas, embora com coeficientes de correlação (valores de r) mais baixos comparativamente aos verificados com o relato de felicidade percebida e sentimento de bem-estar (cf. Tabela 3).

De facto, as relações sociais, e nomeadamente o suporte social, tem sido apontado como um dos fatores sociais mais relevante para a saúde do indivíduo (Haslam et al., 2005; Holt-Lunstand et al., 2010; House et al., 1988). Dada a natureza multidimensional deste construto, este tem vindo a ser estudado, quer quanto ao tipo de apoio em causa, quer quanto à sua direção, ou ainda se este é real ou percebido, podendo estes aspetos produzir impactos diferenciados na nossa saúde e bem-estar. No que diz respeito ao seu tipo, o suporte pode ser: informativo, i.e., apresentar-se sob a forma de conselhos ou informação útil para lidar com a situação em causa; instrumental, assumindo a forma de ajuda material, assistência física ou ajuda financeira; emocional, i.e., o afeto, o sermos acolhidos com empatia, preocupação e respeito; podendo-se ainda distinguir um quarto tipo, o “*appraisal support*” mais relacionado com o apoio por parte de outros aquando uma tomada de decisão, de nos guiar. A direção do suporte tem também sido diferenciada e assumindo alguma relevância, distinguindo-se e considerando-se, quer os benefícios, quer os aspetos prejudiciais tanto quando falamos no suporte que damos a outros – e que pode ser desgastante a nível emocional ou traduzir-se em *stress*, por exemplo - como do apoio que recebemos. Por fim, o suporte pode ainda ser real, isto é, o suporte que efetivamente o indivíduo recebe, ou percebido, tratando-se da medida em que este acredita ou percebe que terá à sua disposição por parte de outros (Berkman et al., 2000; Fiori & Jager, 2012; Frisch et al., 2014; Sani, 2012).

Outros autores diferenciam os aspetos estruturais e funcionais destas redes. Relativamente à constituição e diversificação das redes sociais do indivíduo no que concerne às trocas de suporte, estas podem ser mais amplas ou mais restritas, mais focadas na família ou mais focadas nos amigos, constatando-se que os indivíduos divergem tanto quanto ao tipo de suporte (e.g. mais instrumental ou mais emocional) que dão, que recebem e também aquele que esperam dos outros. Assim, parece não existir um melhor tipo de rede, uma vez que estas se diferenciam em aspetos importantes, apresentando vantagens e desvantagens quanto à sua composição por apresentarem recursos diferenciados (Fiori & Jager, 2012; Shor et al., 2013).

Contudo, no que concerne à direção do suporte, para ambos os relatos de felicidade percebida e de saúde, foi encontrada uma superioridade entre dar ($r=0,25$; $r=0,13$), e receber apoio ($r=0,20$; $r=0,11$) – cf. *Tabela 3*. Quanto a este aspeto, Brown e Brown (2015) sugerem que estes benefícios para a saúde de quem dá suporte a outros

possam estar relacionados com um sistema neuro-hormonal que evoluiu para regular os cuidados maternos e que pode ser também ativado para outros comportamentos pró sociais mediante a percepção de necessidade ou angústia nos outros. Poderá ser a ativação deste sistema com a libertação de hormonas e neuro moduladores como a oxitocina ou a progesterona que, em parte, explicam os benefícios para a saúde daqueles que prestam ajuda a outros, nomeadamente produzir efeitos ao nível do *stress* e de respostas inflamatórias, ainda que estes possam ter efeitos paradoxais. Steffens e colaboradores (2016) apontam que estes efeitos, nomeadamente na saúde entre os mais velhos, possam também derivar mais especificamente de novas identidades que resultam desta oportunidade de contribuir para a vida de outros através do apoio que prestam, após se terem reformado. Outros estudos apontam num sentido semelhante, encontrando resultados que sublinham a superioridade em termos de benefícios para a saúde de dar, mais do que receber apoio de outros nomeadamente quando direcionado a amigos, vizinhança ou familiares e controlando variáveis como o estado de saúde prévio, ou robustez física entre aqueles que dão e recebem suporte também entre os mais velhos (Brown et al., 2003).

O item que avaliou o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional revelou-se particularmente correlacionado com o relato de felicidade percebida, assim como se revelaram significativamente associados o ter tempo livre e o conviver com outros do círculo próximo. Apesar de diferentes entre si, estas variáveis apontam para a importância de existir espaço e tempo livre para o que acontece fora do trabalho. A visão de Duque (2013) pode suportar estes dados quando refere que os valores inerentes ao trabalho nas sociedades modernas mudaram, dando lugar a valores instrumentais, onde os indivíduos não vivem para trabalhar, mas trabalham para viver. O conceito de equilíbrio entre a vida pessoal e profissional (ou *work-life balance*) é relativamente difundido no que concerne à relação entre vida pessoal e vida profissional, contudo começa a surgir também um conceito como harmonização entre vida pessoal e vida profissional (*work-life integration*). Quanto a estes dois conceitos, na ótica de Fagan e colaboradores (2012), estes distinguem-se pelo primeiro apontar para uma procura de um equilíbrio equitativo entre os dois domínios da vida do indivíduo e numa certa tensão gerada na procura dessa harmonia, enquanto o segundo concebe uma relação mais neutra entre estas duas áreas da sua vida, não as colocando como pólos opostos, focando-se na identificação de potenciais sinergias entre ambas. Alguns autores sugerem que se tratará primariamente da percepção

que o indivíduo tem dos recursos que dispõe para lidar com as tarefas intra e extratrabalho e da alocação eficaz que faz de recursos como a sua energia ou tempo. Neste sentido, Grawitch e colegas (2010) sugerem que as empresas podem contribuir, quer para um aumento deste recursos, quer para o aumento da perceção que os colaboradores fazem desses mesmos recursos, nomeadamente através de práticas de recrutamento e seleção que acautelem o ajustamento indivíduo – organização (quer ao nível de valores pessoais, como partilha de objetivos comuns ou ajustamento à organização e equipas de trabalho), a promoção de programas de bem-estar no trabalho, benefícios extra laborais (como seguros de saúde para colaboradores e agregado familiar), práticas de flexibilização que permitam redistribuir a carga de trabalho e o tempo alocado ao trabalho quando confrontado com exigências na sua vida pessoal (por exemplo, tempo livre pago, licenças, etc.) bem como opções de trabalho flexíveis como a partilha de trabalho ou opções a tempo parcial, e ainda programas de treino que permitam aumentar a perceção de autoeficácia e eficiência no trabalho. Também as identidades sociais no local de trabalho podem ser aqui importantes ao constituírem-se como base de suporte, fonte de resiliência ou ao oferecerem uma maior sensação de controlo, podendo contribuir para aquilo que é a perceção da exigência das tarefas laborais para o indivíduo, estando associadas com menores níveis de *stress*, risco de *burnout* e com uma maior satisfação com o trabalho (Haslam et al., 2005; Steffens et al., 2016; van Dick & Haslam, 2012).

O desafio de conjugar a vida pessoal e a vida profissional repercute-se no bem-estar psicológico e físico dos colaboradores, traduzindo-se em níveis mais elevados de ansiedade, stress, fadiga ou depressão, diminuindo ainda a eficácia e a produtividade profissional e afetando a satisfação com o trabalho. Horários flexíveis com alguma gestão pelo colaborador e a não promoção de horários de trabalho prolongados, podem-se refletir em boas práticas uma vez que estes estão associados a impactos positivos, quer na saúde física, quer no bem-estar psicológico dos colaboradores, a estilos de vida mais saudáveis e uma menor privação de tempo para os relacionamentos interpessoais extratrabalho. Num estudo que comparou oito países europeus, Portugal aparece entre os últimos a reunir as modalidades de trabalho flexíveis, e a maior fonte de suporte a este equilíbrio parece advir por parte da família e de outros próximos, o que reforça simultaneamente a importância das empresas permitirem este espaço, mas também das mesmas assumirem um papel ativo nesta relação ao nível do suporte instrumental e emocional (isto é, quer ao nível de políticas que promovam este equilíbrio, quer ao nível das relações por parte de

chefias e colegas no local de trabalho) contribuindo para níveis mais elevados de satisfação com o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e satisfação com o trabalho (Abendroth & den Dulk, 2011; Fagan et al., 2012).

Por último de referir ainda, que foram as variáveis relacionadas com o voluntariado e a perceção da proximidade com a comunidade ou vizinhança, as que menos se revelaram associadas tanto à felicidade percebida como ao relato subjetivo de saúde. Foram, aliás, muito poucos os inquiridos que dizem ter participado de forma regular em atividades de voluntariado durante o último ano (apenas 35 indivíduos referem ter feito uma vez por semana e 60 uma vez por mês, enquanto 1264 disseram não ter feito voluntariado de todo durante o último ano) apesar de alguma literatura apontar para os seus benefícios quer pelo simples envolvimento, como pela capacidade que tem de aproximar os indivíduos das suas comunidades, fomentando o envolvimento com a mesma, bem como a criação de laços e de redes de suporte entre os indivíduos (Piliavin et al., 2007; Stukas et al., 2016; Wilson & Musick, 1997).

VI – Limitações:

Dada a natureza essencialmente correlacional desta investigação bem como a natureza dos itens do questionário a que recorreremos, não é possível tirar ilações ou estabelecer relações de causalidade, mas apenas de associação. A argumentação dos resultados é por isso meramente teórica constituindo-se como meras suposições com base no que podemos encontrar na literatura desta área. Contudo, relativamente à natureza do questionário seria interessante, por exemplo, os itens permitirem captar as fases de transição de vida, nomeadamente, para o interesse desta investigação, das situações profissionais (e.g. a passagem a trabalhar, ao desemprego ou para a reforma). Também as variáveis que avaliam o convívio com outros do círculo próximo poderiam discriminar em que medida é que este convívio acontece com familiares, com amigos e com colegas de trabalho, assim como aquelas que avaliam a perceção de suporte que o indivíduo recebe e dá a terceiros poderiam diferenciar tanto a fonte (quando se refere ao apoio recebido) como o alvo (quando avalia o apoio que dá a outros) podendo ainda distinguir o tipo de suporte para cada um deles, uma vez que alguma literatura aponta no sentido de

existirem diferenças importantes no impacto que estes aspetos têm na saúde e bem-estar dos indivíduos (por exemplo Fiori & Jager, 2012; Shor et al., 2013).

VII – Conclusão:

De acordo com os dados da presente investigação dentro das variáveis analisadas, as que mais estão relacionadas com os dois indicadores em estudo, a felicidade percebida e o relato subjetivo de saúde, diferem entre si. Mais associadas com o relato de felicidade percebida parecem estar as variáveis associadas à vida profissional, mais especificamente, a satisfação com o trabalho e o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, seguindo-se o apoio que os indivíduos dizem dar a outros num sentido mais lato. Por sua vez, é a participação em atividades de voluntariado e a proximidade sentida com as pessoas da área de residência, as variáveis que estão menos correlacionadas com este relato. Já no que diz respeito à saúde percebida, é primeiramente o convívio com os outros do círculo próximo, seguido do equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e as relações de suporte, as variáveis que estão mais associadas a este relato e, novamente, as variáveis que aparecem como estando menos associadas são aquelas que dizem respeito à proximidade com as pessoas da área de residência do indivíduo e o voluntariado.

Quando consideramos a situação profissional dos inquiridos percebemos que são aqueles que se encontram a trabalhar que dizem estar mais felizes e, finalmente, no que diz respeito ao relato subjetivo de saúde, são os reformados aqueles que avaliam menos positivamente a sua saúde.

Referências Bibliográficas:

- Abendroth, A.-K., & den Dulk, L. (2011). Support for the work-life balance in Europe: The impact of state, workplace and family support on work-life balance satisfaction. *Work, Employment and Society*, 25(2), 234–256.
<https://doi.org/10.1177/0950017011398892>
- Bauman, C. W., & Skitka, L. J. (2012). Corporate social responsibility as a source of employee satisfaction. *Research in Organizational Behavior*, 32, 63–86.
<https://doi.org/10.1016/j.riob.2012.11.002>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186–204.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>
- Brown, S. L., & Brown, R. M. (2015). Connecting prosocial behavior to improved physical health: Contributions from the neurobiology of parenting. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 55, 1–17.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.04.004>
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it. *Psychological Science*, 14(4), 320–327. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.14461>
- Consórcio ICS-UL/ISCTE-IUL. (2012). *European Social Survey - 6 Manual do Entrevistador*. European Social Survey.

http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/fieldwork/portugal/ESS6_fieldwork_and_interviewer_instructions_PT.pdf

- Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., & Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social Science & Medicine*, 98, 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.013>
- Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C., & Jetten, J. (2014). Depression and Social identity: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3), 215–238. <https://doi.org/10.1177/1088868314523839>
- Duque, E. J. (2013). Work values in portuguese society and in Europe. In A. P. Marques, C. Gonçalves, & L. Veloso (Eds.), *Secção Temática Trabalho, Organizações e Profissões* (pp. 81–98). Associação Portuguesa de Sociologia. <http://hdl.handle.net/1822/25228>
- ESS Sampling and Weighting Expert Panel. (2018). European Social Survey Round 9 sampling guidelines: Principles and implementation. In *European Social Survey*. https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round9/methods/ESS9_sampling_guidelines.pdf
- European Social Survey. (s.d). https://www.europeansocialsurvey.org/about/country/portugal/ess_portugal.html
- Fagan, C., Lyonette, C., Smith, M., & Saldaña-Tejeda, A. (2012). *The influence of working time arrangements on work-life integration or “balance”: A review of the international evidence (Conditions of Work and Employment Series)*. International Labour Office Geneva. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_187306.pdf
- Figueiredo, A., Valentim, J. P., & Doosje, B. (2015). Theories on intergroup relations and emotions: A theoretical overview. *Psychologica*, 57(2), 7–33. https://doi.org/10.14195/1647-8606_57-2_1

- Fiori, K. L., & Jager, J. (2012). The impact of social support networks on mental and physical health in the transition to older adulthood. *International Journal of Behavioral Development, 36*(2), 117–129.
<https://doi.org/10.1177/0165025411424089>
- Frisch, J. U., Häusser, J. A., van Dick, R., & Mojzisch, A. (2014). Making support work: The interplay between social support and social identity. *Journal of Experimental Social Psychology, 55*, 154–161.
<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2014.06.009>
- Grant, A. M. (2012). Giving time, time after time: Work design and sustained employee participation in corporate volunteering. *Academy of Management Review, 37*(4), 589–615. <https://doi.org/10.5465/amr.2010.0280>
- Grawitch, M. J., Barber, L. K., & Justice, L. (2010). Rethinking the work-life interface: It's not about balance, it's about resource allocation. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 2*(2), 127–159. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01023.x>
- Greenaway, K. H., Cruwys, T., Haslam, S. A., & Jetten, J. (2016). Social identities promote well-being because they satisfy global psychological needs. *European Journal of Social Psychology, 46*(3), 294–307. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2169>
- Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology. *Applied Psychology, 58*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x>
- Haslam, S. A., McMahon, C., Cruwys, T., Haslam, C., Jetten, J., & Steffens, N. K. (2018). Social cure, what social cure? The propensity to underestimate the importance of social factors for health. *Social Science & Medicine, 198*, 14–21.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.020>
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology, 44*(3), 355–370.
<https://doi.org/10.1348/014466605x37468>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, *7*(7), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*(4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Iyer, A., Jetten, J., Tsivrikos, D., Postmes, T., & Haslam, S. A. (2009). The more (and the more compatible) the merrier: Multiple group memberships and identity compatibility as predictors of adjustment after life transitions. *British Journal of Social Psychology*, *48*(4), 707–733. <https://doi.org/10.1348/014466608x397628>
- Janicki-Deverts, D., Cohen, S., Matthews, K. A., & Cullen, M. R. (2008). History of unemployment predicts future elevations in C-Reactive protein among male participants in the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *Annals of Behavioral Medicine*, *36*(2), 176–185. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9056-5>
- Jeffrey, K., Abdallah, S., & Quick, A. (2015). Europeans' personal and social wellbeing: Topline results from Round 6 of the European Social Survey. *European Social Survey*. European Social Survey ERIC. https://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS6_toplines_issue_5_personal_and_social_wellbeing.pdf
- Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, S. A. (2012a). *The social cure: Identity, health and well-being*. Psychology Press.
- Jetten, J., Haslam, C., Haslam, S. A., Dingle, G., & Jones, J. M. (2014). How groups affect our health and well-being: The path from theory to policy. *Social Issues and Policy Review*, *8*(1), 103–130. <https://doi.org/10.1111/sipr.12003>
- Jetten, J., Haslam, S. A., Cruwys, T., Greenaway, K. H., Haslam, C., & Steffens, N. K. (2017). Advancing the social identity approach to health and well-being: Progressing the social cure research agenda. *European Journal of Social Psychology*, *47*(7), 789–802. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2333>

- Jetten, J., Haslam, S. A., & Haslam, C. (2012b). The case for a social identity analysis of health and well-being. In J. Jetten, C. Haslam, & S. A. Haslam (Eds.), *The social cure: Identity, health and well-being* (pp. 3–19). Psychology Press.
- Johansson, E., Böckerman, P., & Lundqvist, A. (2020). Self-reported health versus biomarkers: Does unemployment lead to worse health? *Public Health, 179*, 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.005>
- Korpi, T. (2001). Accumulating disadvantage. Longitudinal Analyses of unemployment and physical health in representative samples of the Swedish population. *European Sociological Review, 17*(3), 255–273. <https://doi.org/10.1093/esr/17.3.255>
- Lima, M. L. (2018). *Nós e os outros: o poder dos laços sociais*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Linville, P. W. (1985). Self-Complexity and affective extremity: Don't put all of your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition, 3*(1), 94–120. <https://doi.org/10.1521/soco.1985.3.1.94>
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *The Journal of Applied Psychology, 90*(1), 53–76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior, 74*(3), 264–282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Piliavin, J. A., & Siegl, E. (2007). Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *Journal of Health and Social Behavior, 48*(4), 450–464. <https://doi.org/10.1177/002214650704800408>
- Production and Archive of Social Science Data. (s.d). <https://passda.pt/o-que-e-o-passda/>

- Ramos, A., & Vala, J. (2002). *O significado das diferenças: uma análise comparativa dos valores do trabalho em cinco países europeus*. Actas Dos Ateliers Do v Congresso Da Associação Portuguesa de Sociologia.
- Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, *30*, 91–127. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2010.09.001>
- Sani, F. (2012). Group identification, social relationships, and health. In J. Jetten, C. Haslam, & S. A. Haslam (Eds.), *The social cure: Identity, health and well-being*. Psychology Press.
- Shor, E., Roelfs, D. J., & Yogeve, T. (2013). The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*, *35*(4), 626–638. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2013.08.004>
- Steffens, N. K., Jetten, J., Haslam, C., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2016). Multiple social identities enhance health post-retirement because they are a basis for giving social support. *Frontiers in Psychology*, *7*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01519>
- Stukas, A. A., Hoye, R., Nicholson, M., Brown, K. M., & Aisbett, L. (2016). Motivations to volunteer and their associations with volunteers' well-being. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, *45*(1), 112–132. <https://doi.org/10.1177/0899764014561122>
- Tajfel, H., & Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. Austin & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 33–47). Monterey: Brooks/ Cole.
- Tarrant, M., Hagger, M. S., & Farrow, C. V. (2012). Promoting positive orientation towards health through social identity. In J. Jetten, C. Haslam, & S. A. Haslam (Eds.), *The social cure: Identity, health and well-being* (pp. 39–54). Psychology Press.

- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Basil Blackwell.
- Vala, J., & Castro, P. (2013). Pensamento social e representações sociais. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (9ª ed, pp. 569–602). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valentim, J. P. (2008). Identidade pessoal e social: Entre a semelhança e a diferença. *Psychologica*, 47, 109–123. <http://hdl.handle.net/10316/18441>
- van der Heide, I., van Rijn, R. M., Robroek, S. J., Burdorf, A., & Proper, K. I. (2013). Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1180>
- van Dick, R., & Haslam, S. A. (2012). Stress and well-being in the workplace: Support for key propositions from the social identity approach. In J. Jetten, C. Haslam, & S. A. Haslam (Eds.), *The social cure: Identity, health and well-being*. Psychology Press.
- van Solinge, H. (2007). Health change in retirement: A longitudinal study among older workers in the Netherlands. *Research on Aging*, 29(3), 225–256. <https://doi.org/10.1177/0164027506298223>
- Wakefield, J. R. H., Bowe, M., Kellezi, B., McNamara, N., & Stevenson, C. (2019). When groups help and when groups harm: Origins, developments, and future directions of the “social cure” perspective of group dynamics. *Social and Personality Psychology Compass*, 13(3), e12440. <https://doi.org/10.1111/spc3.12440>
- Westerlund, H., Vahtera, J., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Melchior, M., Leineweber, C., Jokela, M., Siegrist, J., Goldberg, M., Zins, M., & Kivimaki, M. (2010). Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *BMJ*, 341, 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.c6149>

Wilson, J. (2012). Volunteerism research: A review essay. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(2), 176–212. <https://doi.org/10.1177/0899764011434558>

Wilson, J., & Musick, M. A. (1997). Work and volunteering: The long arm of the job. *Social Forces*, 76(1), 251–272. <https://doi.org/10.2307/2580325>

Anexos

Anexo I: Outputs do teste de Kruskal Wallis e *post hoc* da variável Felicidade percebida (Tabela I)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of How happy are you is the same across categories of Situação profissional de interesse.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Each node shows the sample average rank of Situação profissional de interesse.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
No desemprego, mas não à procura de emprego-Na reforma	-2,960	66,479	-,045	,964	1,000
No desemprego, mas não à procura de emprego-No desemprego, à procura de emprego	32,552	71,634	,454	,650	1,000
No desemprego, mas não à procura de emprego-Com trabalho remunerado	218,057	65,740	3,317	,001	,005
Na reforma-No desemprego, à procura de emprego	29,592	38,856	,762	,446	1,000
Na reforma-Com trabalho remunerado	215,096	26,459	8,129	,000	,000
No desemprego, à procura de emprego-Com trabalho remunerado	185,505	37,578	4,937	,000	,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Anexo II: Outputs do teste de Kruskal Wallis e *post hoc* da variável **Relato subjetivo de saúde (Tabela I)**

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Relato subjetivo de saúde percebido is the same across categories of Situação profissional de interesse.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Each node shows the sample average rank of Situação profissional de interesse.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Na reforma-No desemprego, mas não à procura de emprego	347,296	63,904	5,435	,000	,000
Na reforma-No desemprego, à procura de emprego	471,196	37,261	12,646	,000	,000
Na reforma-Com trabalho remunerado	506,950	25,370	19,982	,000	,000
No desemprego, mas não à procura de emprego-No desemprego, à procura de emprego	123,900	68,857	1,799	,072	,432
No desemprego, mas não à procura de emprego-Com trabalho remunerado	159,654	63,218	2,525	,012	,069
No desemprego, à procura de emprego-Com trabalho remunerado	35,754	36,071	,991	,322	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Anexo III: Outputs do teste de Kruskal Wallis e *post hoc* da variável **Convívio com outros do círculo próximo (Tabela 2)**

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of How often socially meet with friends, relatives or colleagues is the same across categories of Situação profissional de interesse.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Each node shows the sample average rank of Situação profissional de interesse.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Na reforma-No desemprego, mas não à procura de emprego	127,245	64,318	1,978	,048	,287
Na reforma-Com trabalho remunerado	154,216	25,567	6,032	,000	,000
Na reforma-No desemprego, à procura de emprego	170,581	37,513	4,547	,000	,000
No desemprego, mas não à procura de emprego-Com trabalho remunerado	26,970	63,624	,424	,672	1,000
No desemprego, mas não à procura de emprego-No desemprego, à procura de emprego	43,336	69,293	,625	,532	1,000
Com trabalho remunerado-No desemprego, à procura de emprego	-16,365	36,309	-,451	,652	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Anexo IV: Outputs do teste de Kruskal Wallis e *post hoc* da variável Frequência com que participou em atividades de voluntariado (Tabela 2)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Frequência de voluntariado is the same across categories of Situação profissional de interesse.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Each node shows the sample average rank of Situação profissional de interesse.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
No desemprego, mas não à procura de emprego-No desemprego, à procura de emprego	23,570	57,028	,413	,679	1,000
No desemprego, mas não à procura de emprego-Na reforma	-91,948	52,956	-1,736	,083	,495
No desemprego, mas não à procura de emprego-Com trabalho remunerado	127,599	52,382	2,436	,015	,089
No desemprego, à procura de emprego-Na reforma	-68,377	30,911	-2,212	,027	,162
No desemprego, à procura de emprego-Com trabalho remunerado	104,029	29,917	3,477	,001	,003
Na reforma-Com trabalho remunerado	35,651	21,147	1,686	,092	,551

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.