

Isabel Maria Martins de Almeida Videira

Efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação - 4^a edição



Novembro de 2016

Isabel Maria Martins de Almeida Videira

Efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde

Relatório Final

4º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Rosa Martins

Novembro de 2016



“Não há nada que um humor inteligente não possa resolver com uma gargalhada, nem mesmo o Nada”

Armand Petijean

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Rosa Martins, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento, pela sua sabedoria e postura académica. Grata por todo o tempo que me dispensou.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, um obrigada pelo incentivo em continuar e terminar esta etapa do meu percurso profissional e académico.

Aos profissionais do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, pela disponibilidade, sem os quais esta dissertação não seria possível.

À minha amiga Filomena, pelo apoio e amizade.

À minha família, porque acreditaram, investiram e ajudaram, e sem os quais a minha existência perde o significado.

Por fim, e por serem os mais importantes, ao meu marido, e aos meus filhos, Ricardo e Francisco, pelo incentivo, apoio, amor e carinho. Por toda a ajuda, compreensão e paciência.

Muito obrigada a todos.

Resumo

Enquadramento - A risoterapia é uma técnica psicoterapêutica que produz benefícios mentais, físicos e emocionais mediante o riso. Os profissionais de saúde, dadas as características da sua profissão, são os que mais lidam com a fadiga, frustração, medo e ansiedade. Todo esse quadro gera um clima de pressão, tensão e esgotamento em ambiente do trabalho e, por isso, a terapia do riso contribui grandemente para fortalecer o desenvolvimento e crescimento pessoal, a melhoria da autoestima, confiança, e satisfação pessoal.

Objetivos - Avaliar o efeito da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde após sessões de risoterapia e identificar fatores determinantes nesses dois constutos.

Métodos - Estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Pode ainda considerar-se como pré-experimental ou quase experimental do grupo único, como pré e pós-teste, com o objetivo de comparar resultados. A amostra é do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 52 profissionais de saúde que trabalham nos serviços de Cardiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Hemodinâmica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu - EPE. Foram planeadas duas sessões de risoterapia: a primeira ocorreu no dia 14 de dezembro de 2015 e a segunda passado um mês, no dia 14 janeiro de 2016, tendo sido pedido aos participantes para preencherem o instrumento de colheita de dados no início e no final de cada sessão, com o objetivo de fazer um estudo comparativo entre os diferentes momentos. O instrumento de recolha de dados contém um questionário sociodemográfico e de caracterização profissional, a Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS), desenvolvida por Thorson e Powell (1993a), adaptação portuguesa de José e Parreira (2008), a Escala Sobre a Felicidade - ESAF (Barros, 2001).

Resultados - Amostra maioritariamente feminina (73%), com idades entre os 27 e os 61 anos, com uma idade média de 40 anos (± 9.567), com predomínio de enfermeiros (63.5%). Houve um ganho médio de felicidade depois de cada sessão de risoterapia, sugerindo que as sessões de risoterapia influenciam a felicidade manifestada pelos profissionais de saúde. O sexo interferiu no sentido de humor dos profissionais de saúde, particularmente na *Produção e uso social do humor* ($p=.004$), *Humor adaptativo* ($p=.001$), *Atitude pessoal face ao humor* ($p=.048$), *Apreciação do humor* ($p=.004$) e na nota global do Sentido de humor ($p=.000$). O tipo de horário de trabalho influenciou as dimensões *Objeção ao uso do humor* ($p=.003$) e *Apreciação do humor* ($p=.008$). A média de humor antes da primeira sessão foi de 87.00 (± 8.94), tendo aumentado após o final da primeira sessão de risoterapia para 91.01 (± 11.21). No final, verificou-se um aumento do humor nos profissionais de saúde ($M=91.11 \pm 11.11$).

Conclusão - Através das duas sessões de risoterapia, verificaram-se ganhos no sentido de humor dos profissionais de saúde, reforçando o pressuposto que as sessões de risoterapia proporcionam uma mudança no estado emocional e na percepção das coisas, tornando as pessoas mais felizes, otimistas e aguçando o sentido de humor.

Palavras-chave: humor, felicidade, risoterapia, profissionais de saúde.

Abstract

Background - The laughter therapy is a psychotherapeutic technique that produces mental, physical and emotional benefits through laughter. Health professionals given the characteristics of their profession, are the ones that deal with fatigue, frustration, fear and ansiedade. Todo this situation creates a climate depression, tension and exhaustion in the work environment and, therefore, the terapia laugh It contributes greatly to strengthen the development and personal growth, improved self-esteem, confidence and personal satisfaction.

Objectives - To evaluate the effect of laughter therapy on mood and happiness of health professionals after laughter therapy sessions and identify determining factors in these two constutos.

Methods - Quantitative, descriptive and correlational. It can still be considered as pre-experimental or quasi experimental single group, such as pre and post-test, in order to compare results. The sample is of the non probabilistic for convenience, consisting of 52 health professionals working in cardiology services, Intensive Care Unit and Coronary Hemodynamics Centro Hospitalar Tondela-Viseu - EPE. two sessions of laughter therapy were planned: the first took place on 14 December 2015 and the second a month later, on January 14, 2016, having been asked participants to complete the data collection instrument at the beginning and end of each session, in order to make a comparative study between the different moments. The data collection instrument contains a socio-demographic and professional characterization questionnaire, the Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS), developed by Thorson and Powell (1993a), Portuguese adaptation of José and Parreira (2008), the Scale About Happiness - ESAF (Barros, 2001).

Results - The sample was predominantly female (73%), aged between 27 and 61 years, with a mean age of 40 years ($\pm 9,567$), with a predominance of nurses (63.5%). There was an average gain of happiness after each session of laughter therapy, suggesting that laughter therapy sessions influence the happiness manifested by health professionals. Sex interfered in the sense of humor of health professionals, particularly in the production and social use of humor ($p=.004$), Adaptive mood ($p=.001$), Personal attitude toward humor ($p = .048$), Appreciation of Humor ($p=.004$) and the overall Sense of Humor note ($p=.000$). The type of working hours influenced the dimensions Objection to the use of humor ($p=.003$) and Appreciation of humor ($p=.008$). The mean mood before the first session was 87.00 (± 8.94), increasing after the end of the first session of risotherapy to 91.01 (± 11.21). At the end, there was an increase in mood in health professionals ($M=91.11\pm 11.11$).

Conclusion - Through the two sessions of laughter therapy, there were gains in the sense of humor of health professionals, reinforcing the assumption that laughter therapy sessions provide a change in the emotional state and perception of things, making people happier, optimistic and sharpening the sense of humor.

Keywords: humor, happiness, laughter therapy, health professionals.

Índice

	Pág.
Introdução	17
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	21
1. O riso	23
1.1. Benefícios do riso	23
1.2. Estudos dos efeitos da risoterapia	25
1.3. Terapia do riso/yoga do riso.....	26
1.4. Sessão de riso	27
1.5. Formação para líderes do riso	28
2. O humor	29
2.1. O humor na prática dos profissionais de saúde	34
3. A felicidade	37
4. A satisfação profissional dos profissionais de saúde	41
2ª PARTE – Estudo Empírico	45
1. Metodologia	47
1.1. Métodos	47
1.2. Participantes	49
1.3. Instrumento de colheita de dados	52
1.4. Procedimentos estatísticos	54
2. Resultados	57
2.1. Análise descritiva	57
2.2. Análise inferencial.....	61
3. Discussão	71
3.1. Discussão metodológica	71
3.2. Discussão dos resultados	72
Conclusão	75
Referências bibliográficas	79
Anexos	85
Anexo I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados	
Anexo II – Declaração do Consentimento Informado	
Anexo III – Instruções de Preenchimento do Questionário	
Anexo IV – Instrumento de colheita de dados	
Anexo V – Diploma do Curso da Risoterapia	

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos profissionais de saúde	50
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde	51
Tabela 3 - Caracterização profissional dos profissionais de saúde	51
Tabela 4 - Estatísticas relativas ao tempo de serviço dos profissionais de saúde.....	52
Tabela 5 - Estatísticas relativas aos valores médios da Escala do Sentido de Humor obtido no presente estudo e na investigação de José & Parreira (2008).....	58
Tabela 6 - Estatísticas relativas às dimensões do humor e nota global	59
Tabela 7 - Caracterização dos itens da escala da felicidade.....	60
Tabela 8 - Estatísticas relativas à felicidade em função do sexo.....	60
Tabela 9 - Estatísticas relativas à dimensão da felicidade em função do sexo	61
Tabela 10 - Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função do sexo e da zona de residência.....	62
Tabela 11 - Análise de regressão linear simples entre a idade, o tempo de serviço com a nota global do sentido de humor	63
Tabela 12 - Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função do estado civil	63
Tabela 13 - Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função das habilitações literárias	64
Tabela 14 - Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função da categoria profissional	64
Tabela 15 - Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função do horário de trabalho e tipo de horário de trabalho	65
Tabela 16 - Relação entre a felicidade em função do sexo e da zona de residência	66
Tabela 17- Análise de regressão linear simples entre a idade, o tempo de serviço com a nota global da felicidade	66
Tabela 18 - Estatísticas relativas à felicidade em função do estado civil.....	67
Tabela 19 - Estatísticas relativas entre as dimensões e nota global do sentido de humor em função das habilitações literárias/académicas	67
Tabela 20 - Estatísticas relativas à felicidade em função da categoria profissional.....	67
Tabela 21- Estatísticas relativas à felicidade em função do horário de trabalho e tipo de horário de trabalho.....	68
Tabela 22 -Análise comparativa entre o sentido de humor antes e depois da sessão de risoterapia.....	68

Tabela 23 - Estatísticas relativas à classificação da felicidade nos diferentes momentos	69
Tabela 24 - Análise comparativa entre o sentimento de felicidade antes e depois da sessão de risoterapia.....	69

Índice de Figuras

Pág.

Figura 1 – Modelo concetual de base da relação prevista entre as variáveis.....48

Introdução

A risoterapia assume-se como uma excelente técnica psicoterapêutica complementar que pode ser realizada em crianças, jovens e idosos. Ajuda a libertar o stresse, os pensamentos e energia negativos, uma vez que rir é a melhor medicina preventiva que se conhece contra doenças do foro mental, físico e emocional e sem contra-indicações. Rir é um antidepressivo natural, melhora a função pulmonar, por exemplo, em doentes asmáticos, combate problemas cardiovasculares, fortalece o sistema imunológico, reduz o stresse e as insónias e ajuda na digestão (Parish, 2005).

O riso é um 'medicamento' cem por cento orgânico, gratuito e contagiante, idealizado pela fisiologia humana para ser consumido sem moderação. Relaxa o corpo e a mente, fortalece as defesas do organismo, melhora a circulação e a pressão arterial e liberta endorfina, a hormona que promove uma sensação de bem-estar geral (Parish, 2005).

O riso é um meio de contacto com o mundo, um instrumento de gestão emocional. Os estados emocionais negativos provocam desarmonia interior. Quando ocorre este desequilíbrio, a pessoa tem a sua autoestima comprometida e o sistema imunológico também é afetado. Se a pessoa não procurar recursos para lidar com esse desequilíbrio, iniciará um processo psicossomático, com consequências negativas para o seu bem-estar geral.

Importa também salientar que não existe um passo único para a prática da risoterapia, mas um conjunto de atitudes positivas. Cada pessoa deve encontrar formas de incorporar o riso no seu quotidiano pessoal e profissional. Através do riso pode recuperar-se a autoconfiança e a valorização pessoal e profissional.

Na área da saúde, a utilização do humor é particularmente importante para os enfermeiros e outros cuidadores, podendo ajudar a lidar com o stresse e a fazer face às exigências da profissão (Talbot, 2000 cit. por José & Parreira, 2008), pelo que a necessidade em aumentar o humor quer através de cursos específicos como o de risoterapia, poderão aumentar o nível de humor e de felicidade e, desta forma aumentar a satisfação com o trabalho.

De facto os profissionais de saúde, dada as características inerentes à profissão, estão sujeitos a constantes factores desencadeantes de tensão e stresse, que provocam alterações no humor e na própria felicidade com implicações profundas na sua qualidade de vida.

Tendo por base estas considerações optou-se por realizar o presente trabalho que tem por título efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde, cuja motivação pessoal pela sua abordagem surgiu por um lado do facto de ter frequentado o curso de risoterapia, onde se constatou que o uso do riso e do humor resultam em emoções positivas, tidos como agentes terapêuticos, contribuindo para a melhoria da saúde física e mental. Por outro, o conhecimento na primeira pessoa das dificuldades relativas ao desempenho da vida profissional.

O estudo da risoterapia é ainda sustentado pelo facto de serem escassas estas investigações e porque se trata de uma terapia inovadora e atual, que contribui para o bem estar e para o equilíbrio das pessoas. As sessões de risoterapia efetivadas tinham como objetivo, sobretudo, dar a conhecer os processos psicofisiológicos do ato de rir e os benefícios do riso na prática profissional, sensibilizando os participantes para o poder do riso como meio de comunicação e vínculo com o outro, característica tão peculiar à prática dos profissionais de saúde. Além disso, pretendíamos proporcionar estratégias de intervenção com grupos de profissionais de saúde, promovendo a vivência de atividades de risoterapia e a sensação de bem-estar e de relaxamento.

Tendo por base o exposto, formularam-se as seguintes questões de investigação, fios condutores do estudo empírico: i) Qual o nível de humor e de felicidade dos profissionais de saúde? ii) Em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no humor e na felicidade dos profissionais de saúde? iii) Existem diferenças nos níveis de humor e de felicidade entre os dois momentos de avaliação, antes e após as sessões de risoterapia?

Na procura de respostas para as questões supramencionadas formulou-se os seguintes objetivos:

- i) Avaliar o efeito da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde após sessões de risoterapia;
- ii) Identificar factores determinantes nesses dois constutos.

Deste modo, espera-se, com este trabalho, contribuir para a divulgação da risoterapia e dos seus efeitos, porque o riso favorece o desenvolvimento de uma atitude mental positiva, proporcionando às pessoas a energia necessária para vencerem as adversidades da vida, de forma mais saudável, bem como facilita a conquista do crescimento e sucesso pessoal/profissional.

No sentido de uma melhor compreensão do presente estudo o corpo do trabalho é constituído por duas partes, o enquadramento teórico e a investigação empírica. A primeira parte é reservada à fundamentação teórica, onde se abordam conceitos chave relativos ao humor, felicidade, riso e risoterapia. A segunda parte abarca todos os conteúdos próprios ao estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se a investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a análise dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda a apresentação e discussão dos resultados obtidos da análise descritiva e inferencial. O trabalho tem o seu *terminus* com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões e objetivos de partida.

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

1. O riso

O riso, no entender de Silva & Omura (2005), é um ato que ativa uma parte cerebral envolvida nas emoções e na sensação de recompensa (córtex pré frontal medial ventral). De acordo com as mesmas autoras, têm-se realizado algumas pesquisas recorrendo a técnicas por ressonância magnética e através de eletroencefalograma para melhor compreender as partes cerebrais envolvidas durante o ato de rir. Exemplo de uma dessas investigações é a que decorreu na Universidade de Maryland em Baltimore, nos Estados Unidos da América, sob a responsabilidade de uma equipa de neurologistas que observaram que as atividades cerebrais espalham-se da área sensorial do lobo occipital, na parte posterior do cérebro onde são processados sinais visuais que vão até o lobo frontal. O lobo frontal analisa as palavras engraçadas, enquanto o lado direito do cérebro faz as análises intelectuais requeridas. É a partir deste momento que se inicia o riso, o qual se estende às outras partes do cérebro, responsáveis pela tarefa física de rir que é desempenhada pelos músculos faciais. As autoras observaram deste modo, que o sorriso envolve componentes motoras, emocionais e cognitivas, cada uma situada numa parte específica do cérebro (Silva & Omura, 2005).

1.1. Benefícios do riso

Como referem Silva & Omura (2005), o riso pode contribuir para que a pessoa se torne mais saudável, sendo sem dúvida a melhor medicina. Na medida em que ativa o sistema cardiovascular, melhora o sistema respiratório, a oxigenação sanguínea, o sistema imunológico e estimula o cérebro na liberação de substâncias benéficas ao corpo, reduzindo o stresse. Para Nogueira e Masetti (2005), rir é uma atividade tão benéfica como trinta minutos de exercícios três vezes por semana. Os mesmos autores referem que o riso, ainda que forçado, tem a capacidade de originar distintos estados de ânimo, tidos como reações do sistema nervoso central, mais concretamente do sistema límbico. Estes estados de ânimo influenciam a manutenção do corpo e a melhor recuperação da saúde.

Em conformidade com Freitas, Silva, Sousa et al. (2013), quando uma pessoa sorri, sente prazer e as neuroendorfinas multiplicam-se com a finalidade de reforçar o sistema imunológico, enviando mensagens ao cérebro, aos linfócitos e a outras células encarregues de lutar contra os vírus e as bactérias que acometem o corpo. O riso é igualmente um estimulador capaz de emitir ordens para o hipotálamo, sintetizando as endorfinas, ou seja, as beta-endorfinas, que são substâncias analgésicas, idênticas às morfina, mas com

potência analgésica significativamente maior.

Fisiologicamente, o riso afeta uma grande parte dos sistemas do organismo (Masetti, 2007) e quando o riso é espontâneo dá origem à contração de todos os músculos do rosto, tonificando toda a musculatura, aumentando a produção de lágrimas e da saliva, aumento da hidratação das mucosas, prevenindo infecções orais e oftálmicas. Acrescenta, ainda, que em termos de sistema respiratório, quando se dá uma gargalhada, inspira-se grandes quantidades de ar, o que renova o ar residual através de uma significativa quantidade de ar limpo e oxigenado. Ao nível do sistema circulatório, quando se oxigena mais o sangue, a qualidade do mesmo melhora, acelerando o ritmo cardíaco e a circulação sanguínea, quer nas veias, quer nas artérias, o que ajuda a eliminar toxinas, a diminuir as tensões arteriais, reduzindo, deste modo, a pressão arterial (Silva & Omura, 2005; Masetti, 2007). No sistema digestivo, durante os movimentos dos músculos lisos, rir causa uma estimulação de órgãos externos, nomeadamente o pâncreas, o fígado e os intestinos, que produzem uma maior quantidade de suco gástrico e saliva, melhorando a digestão. O riso e o bom humor têm um efeito tranquilizador e ajudam a melhorar a circulação do sangue, aliviam a tensão muscular, harmonizam o sistema nervoso e regulam os batimentos cardíacos. O riso exercita os músculos da cara e do pescoço, os pulmões e o coração, bem como os ombros, os braços, o abdómen, o diafragma e as pernas (Silva & Omura, 2005; Masetti, 2007).

O tónus muscular permanece reduzido até quarenta e cinco minutos, após um minuto de gargalhadas. O corpo permanece relaxado e o cortisol (hormona do stresse) diminui durante esse período. O stresse pode atuar de maneira negativa no sistema límbico que interage com o sistema nervoso, endócrino e imunológico, originando interações e perceções corticocerebrais com o hipotálamo, aumentando os níveis de dezassete hidrocorticóides, catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), afetando as reações imunológicas, inibindo a resposta de anticorpos (Adams, 2002; Morant, 2006).

Como já foi referido anteriormente, o riso ajuda de facto a libertar o stresse, ansiedade, hostilidade e agressividade de uma forma socialmente aceitável, ou seja, o riso tem a capacidade de resolver os conflitos internos e externos, utilizando o sorriso e o bom humor como uma competência, pois torna-nos mais aptos para as relações interpessoais, permitindo responder de forma assertiva em situações em que a agressividade pode estar latente e arruinar uma comunicação eficaz (Daolio, 2011).

Barroso (1999) vai mais longe quando diz que a gargalhada e o sorriso podem também ser um antídoto eficaz nas horas mais adversas. Refere ainda que quando os animais se confrontam com uma situação ameaçadora têm disponíveis duas opções: fugir ou lutar. Porém, os seres humanos apresentam uma terceira alternativa: que é **Sorrir**.

Reader's (2006) defende que as pessoas que sorriem constantemente têm um tempo de vida maior, pois em sua opinião o sorriso contagia. Não é necessário rirmos o tempo todo, mas rir-mo-nos de nós mesmo. Partindo do pressuposto que o bom humor é poderoso e que rir é libertador, então, com o bom humor podemos superar as dificuldades .

1.2. Estudos dos efeitos da risoterapia

Alguns estudos realizados nesta área revelam que existe uma relação positiva do recurso à risoterapia em doentes com cancro, dos quais se salientam o relaxamento, tido como o mecanismo auxiliador na promoção do bem-estar dos doentes (Parish, 2005). O mesmo autor utilizou diversos tipos de materiais humorísticos, observando a redução da ansiedade e do desconforto durante o tratamento, tendo demonstrado que o humor teve um efeito positivo também no sistema imunitário. Na mesma linha, Silva & Omura (2005) verificaram que os doentes hospitalizados que participam em atividades de risoterapia revelaram-se mais colaborativos durante os exames e procedimentos, além de serem mais acessíveis à prestação de cuidados, demonstrando redução do sofrimento, diminuição de receios face à própria hospitalização, apresentando uma postura mais positiva face ao tratamento.

Sabemos que o ser humano se distingue dos outros seres vivos pela capacidade que tem de sorrir. Esta característica ajuda-o a enfrentar os problemas que se lhe afiguram no quotidiano pessoal, relacional, familiar e profissional (Fernandes, 2015). Como tal, ainda na opinião da mesma autora, a estimulação do humor, através da risoterapia, emerge como uma necessidade para o crescimento individual e para o processo de interação/comunicação.

Num contexto de dor e sofrimento, o uso do bom humor e do riso podem ser formas de aliviar a tensão, a ansiedade e a segurança, constituindo-se nesse caso como mecanismo de *coping* (Fernandes, 2015).

Araújo & Silva (2006) dizem-nos que o uso de mecanismos de *coping*, como o rir, possibilita aos profissionais de saúde evitar alguns conflitos, verbalizar e demonstrar sentimentos e opiniões que de outra forma são difíceis de expor. Martin (2007), consubstanciado na perspetiva psicanalista de Freud, refere que o riso e o humor positivo daí decorrente possibilitam fazer face a situações difíceis ou a vivências de emoções negativas, podendo, assim, serem considerados como mecanismos de defesa. Também Freud via o humor e o riso como um meio de libertar energia do sistema nervoso.

Corroborando outros autores, também Santos (2011) defende que rir é uma das

estratégias utilizadas para lidar com o stresse, ajudando na aceitação da situação geradora desse mesmo stresse. Assim, sendo o riso uma estratégia de combate ao stresse, poderá contribuir para uma melhoria da saúde e bem-estar da pessoa, quando devidamente utilizado. Por outro lado, o mesmo autor salienta que, estando o riso associado diretamente ao humor, o mesmo se assume como um factor anti-stresse, funcionando como situação de stresse positivo. Este desencadeia-se num quadro neurológico, em que ocorre uma redução da adrenalina e o aumento das beta-endorfinas no sangue.

Como mencionado anteriormente, a comunicação é basilar para a construção de uma relação terapêutica sólida e, como tal, é imprescindível quando se recorre ao riso nesta relação entre o profissional de saúde e o doente, estando, assim, implícitas algumas das características fundamentais da relação terapêutica: a empatia, a autenticidade, a humildade e o respeito caloroso (Fernandes, 2015).

1.3. Terapia do riso/yoga do riso

A terapia do riso também chamada risoterapia é como já referimos anteriormente, um método terapêutico divulgado por *Patch Adams*, médico norte americano, que utiliza a medicina de uma forma não convencional, proporcionando aos seus utentes momentos de relaxamento para que estes esqueçam a sua dor e sofrimento causados pelas suas doenças.

É o famoso Patch Adams que inspira no Brasil o grupo *Doutores da Alegria*, bem como em outros lugares influenciando múltiplos adeptos desta nova terapia. Esta procura inova nos meios médicos, atividades que levam para o interior dos hospitais e escolas o exercício do humor como método para chegar à cura ou ao alívio do sofrimento dos utentes, de que é um bom exemplo o tão conhecido no nosso país *Nariz Vermelho*.

O homeopata e clínico geral Eduardo Lambert, autor da obra terapêutica – *A cura pela Alegria*, acredita que o riso pode ajudar a atuar na conquista do bem-estar físico e psicológico do ser humano, seja qual for a doença que o afete.

O yoga do riso, também conhecido internacionalmente como Laughter Yoga, é uma ideia revolucionária eficaz e simples, criada em 1995 pelo médico indiano Madan Kataria que combina exercícios que estimulam o riso com a respiração Pranayama (respiração de yoga), trabalhando em harmonia corpo e mente, levando assim uma maior oxigenação ao cérebro e fortalecendo o sistema imunológico.

Anualmente, desde 1998, em Mumbai, Índia, é celebrado o “dia do riso” a 11 de

janeiro, em homenagem ao médico indiano Madan Kataria, que sugeriu trabalhos em grupos denominada *ginástica do diafragma*. Este trabalho consiste simplesmente em rir sem motivo aparente, em que, após passados alguns minutos, a gargalhada se torna contagiante. Nesta técnica, o riso possui um efeito de cascata. Embora alguns cientistas sejam céticos em relação a esse movimento do diafragma, prova-se que o facto de forçar o riso, mesmo sem graça, é capaz de provocar alterações fisiológicas que promovem sensação de bem-estar, visto que o diafragma é o principal órgão do riso (Ayan, 2009).

1.4. Sessão de riso

O que acontece numa sessão de riso é que se cria um ambiente de grupo onde todos os elementos interagem uns com os outros, rindo enquanto se realiza o exercício que o terapeuta indica, olhando-nos nos olhos o que vai criar um contágio que nos faz passar do riso falso ao riso verdadeiro.

No início, o riso é induzido por meios artificiais, transformando-se de seguida em algo absolutamente espontâneo. Segundo Madan Kataria, duas sessões de yoga do riso por semana com uma duração de quinze a vinte minutos, melhoram a produtividade dos trabalhadores nas empresas, reduzindo o stresse, aumentando a motivação e a eficiência.

Uma sessão de riso é a prática de exercícios de respiração (pranayama), juntamente com exercícios de riso. Passamos do riso falso ao riso verdadeiro e do sistema simpático para o sistema parassimpático, através da libertação de endorfinas que são hormonas que nos dão uma agradável sensação de bem estar e de relaxamento.

A essência da sessão está em rir sem motivo, ou seja, rir por nada, rir com os outros e não dos outros. Rir pelo simples prazer de rir, como quando éramos crianças. Para isso, as pessoas são colocadas em semi-círculo para que consigam manter o contacto visual entre elas, e realizam exercícios profundos de respiração e alongamentos para começar a aquecer o corpo e melhorar a sua oxigenação.

Num segundo momento, batem-se palmas no ritmo *1-2, 1-2-3*, enquanto se canta *ho-ho-ha-ha-ha* e, durante aproximadamente vinte minutos, realiza-se com o grupo exercícios do riso.

Depois da realização de dez a doze exercícios, as pessoas são novamente convidadas a sentarem-se perto umas das outras e realiza-se mais dois ou três exercícios de respiração (consciencialização dos tempos respiratórios). A sessão termina com as pessoas deitadas, a rirem sem motivo, seguindo-se um momento de meditação guiado para

as pessoas descontraírem totalmente, acompanhada de música apropriada para o efeito. Depois, deixa-se que, em silêncio, as pessoas voltem a sentar-se ao seu próprio ritmo.

No final, deve aproveitar-se o momento para ouvir o *feedback* de cada um e como se sentem, partilhando tudo o que sentiram durante a sessão.

1.5. Formação para líderes do riso

Para criar um clube de riso é aconselhável fazer a formação de líder do riso que, em Portugal, tem sido coordenada pela escola Dr. Madan Kataria. Este título dá acesso a toda a informação que é necessária para abrir um clube, dinamizá-lo e saber realizar uma sessão de risoterapia completa.

Em 1993, o Dr. Kataria criou a fundação Clube Internacional do Riso e dez anos mais tarde o "*Laughter Yoga Internacional*". Neste momento, existem mais de 5000 clubes do riso em todo o mundo espalhados em quarenta países. Em Portugal, existem cerca de 65 professores do riso ou líderes certificados.

Falando agora na primeira pessoa, em Setembro de 2014, frequentei o curso de risoterapia na cidade do Porto, lecionado pela Sabrina Tacconi, embaixadora do riso em Portugal (cf. Anexo V). Sabrina é formadora internacional de líderes do riso e terapeuta do riso, desde 2006, formada pelo Dr. Madan Kataria. Esta tem realizado sessões do riso para diverso público e empresas. É também formadora internacional de líderes do riso, certificada e, até à data, formou 200 líderes do riso.

2. O humor

O sentido de humor é um fenómeno complexo, de natureza expressamente individual, que surge estreitamente ligado ao bem-estar, desempenhando um papel muito importante na vida das pessoas, sendo reconhecido como um mecanismo útil para lidar com situações difíceis (José & Parreira, 2008). Os mesmos autores sustentam que o humor tem vindo a ser reconhecido como um importante mecanismo para ajudar as pessoas a lidar com situações difíceis, desempenhando, por conseguinte, um papel bastante relevante na sua vida, ajudando-as a viver melhor e a lidar com as adversidades quotidianas.

O humor tem sido estudado do ponto de vista psicológico, fisiológico e antropológico, embora não exista um conceito unanimemente aceite (Yarcheski, Mahon & Yarcheski, 2012). De acordo com os mesmos autores, esta dificuldade poderá estar relacionada com a sua natureza multidimensional e individual. Assim, referem que o que pode ser hilariante para umas pessoas, poderá ser completamente sem graça e incompreensível para outras, resultando na importância de se fazer a distinção entre resposta cognitiva (entender uma piada) e a da afetiva (riso, bem-estar), bem como reconhecer e compreender os diferentes tipos de humor, dada a sua influência na interação pessoal.

Desde há muito tempo que filósofos, psicólogos, antropólogos, sociólogos, e escritores se debatem na tentativa de definir e categorizar o humor, descrever a sua natureza, causas, efeitos, pressupostos e utilidade. Contudo, a concetualização de humor não é consensual e os investigadores reafirmam a dificuldade que sentem em fazê-lo, uma vez que falta uma teoria compreensiva acerca do riso e do humor (José, 2008).

Como referimos anteriormente o humor desempenha um papel singular na vida do homem, uma vez que é importante nas interações humanas permitindo um verdadeiro encontro com o Outro, na medida em que é uma componente básica da vida social que atribui sentido à comunicação de sentimentos e de opiniões (José, 2008). A mesma autora refere que encontrar uma definição universal para o humor assume-se como uma tarefa tão delicada e complexa como encontrar uma linguagem ou teoria universal. Assim, assume que o humor é um conceito esquivo para o qual não é possível encontrar uma definição concreta, atendo-se ao facto de que a sua qualidade subjetiva pode ser uma ideia paradoxal determinante para a dificuldade da sua definição. O humor é individual, pois, como já referido, o que tem graça para uma pessoa pode não ter graça para outra, é também situacional, porque flui através da interação com uma situação particular (José & Parreira, 2008).

O vocábulo humor (*umor*) tem origem latina, e significa humidade ou vapor. No Livro de Jó, da Bíblia Sagrada (1969), como refere José e Parreira (2008, p. 12), há uma referência premonitória ao conceito de humor onde se pode ler "...o ânimo alegre faz a idade florida e o espírito triste seca os olhos".

Deste modo, no século XVI, já encontramos médicos a "prescrever" o riso como método para aliviar o sofrimento, partindo do pressuposto que a alegria dilatava e aquecia o organismo, enquanto a tristeza contraía e arrefecia o corpo (Marujo & Neto, 2008).

Nesta perspetiva também Costa, Sampaio e Melo (1998) referem que o humor designa disposição de ânimo, temperamento, índole, sendo esta uma definição sustentada na crença medieval de que a predominância de qualquer um dos quatro fluídos corporais determinava o temperamento da pessoa. A partir deste significado medieval, a palavra humor evoluiu para um termo específico que diz respeito à qualidade que produz nas pessoas, à diversão, riso, ridículo, perspicácia e graça.

Face ao exposto, pode dizer-se que o humor tem sido, ao longo dos séculos, um conceito largamente debatido, estimando-se a existência de mais de uma centena de teorias sobre este construto (Foot & McCreddie, 2006).

Para Nunes (2014), o sentido de humor de cada pessoa constitui-se como um mapa cognitivo que difere entre si, caracterizado por áreas presentes ou ausentes, mais ou menos desenvolvidas, que condicionam um padrão individual. Segundo a mesma autora, fundamentada em Thorson e Powell (1993), o humor compreende um conjunto de elementos, nomeadamente:

- O reconhecimento de si próprio como uma pessoa com humor, o que é condicionado por experiências anteriores de sucesso ou insucesso, implicando que cada pessoa tenha diferentes graus de motivação para a utilização do humor;
- O reconhecimento do humor dos outros, que dependente das experiências individuais anteriores;
- A apreciação do humor tem a ver com a atitude que cada pessoa tem perante o mesmo, a sua utilização ou a um tipo particular de humor, como por exemplo, o humor negro;
- O riso assume-se como uma das respostas comportamentais de reconhecimento do humor, todavia não a única;
- A perspetiva referente à maneira como cada um olha a vida tem a função de determinar se a pessoa consegue utilizar o humor para lidar de forma mais positiva com os acontecimentos da vida;

- O humor como estratégia de *coping*, alusivo à capacidade da pessoa utilizar o humor como uma forma adaptativa para enfrentar as situações adversas.

Lefcourt e Martin (2004) são autores que defendem o carácter positivo da relação entre o humor e a saúde, classificando-o como decorrente de quatro processos distintos, fundamentando-se nas relações diretas e indiretas. Desta feita, no que concerne às relações diretas, destacam-se as consequências fisiológicas do humor, com enfoque em três áreas dominantes – a dor, os efeitos cardiovasculares e a imunidade – bem como as consequências emocionalmente positivas. Quanto às relações de carácter indireto, destacam-se a moderação dos efeitos negativos do stresse e os benefícios ao nível de competência nas relações interpessoais e de suporte social.

A afetividade é o aspeto fundamental do ser humano e compreende o conjunto de emoções, paixões e sentimentos, também a modalidade das suas reações face aos acontecimentos decisivos da vida. O humor, como denominação referencial dos estados de ânimo, está mencionado na tipologia de Hipócrates, onde se pode ler que quando alguém adoecida, o médico restaurava o equilíbrio dos “humores do doente” e curava-o (Ochoa, 2009, cit. por Nunes, 2014).

Riley (2004) distingue dois tipos de humor em conformidade com os sentimentos que compreendem e com a sua função: humor positivo e humor negativo. Deste modo, a autora refere que o humor positivo está relacionado com a autoestima, com o suporte social, com a intimidade e com as emoções positivas, sendo suscetível produzir benefícios quer ao nível da comunicação e interação com o outro, quer no fortalecimento das relações sociais. No que se refere ao humor negativo, este relaciona-se com emoções negativas, nomeadamente a depressão, a ansiedade e a hostilidade e promove a exclusão social, porquanto pretende ridicularizar e diminuir o outro. Contudo, é também neste tipo de humor que se enquadra o humor negro, descrito pela sátira aos acontecimentos negativos e que pode alcançar grande utilidade na gestão de situações causadoras de grande sofrimento, ansiedade e stresse.

Importa também referir o humor agregador, que se refere ao tipo de humor utilizado como maneira de promover as relações interpessoais, fortalecendo os laços no seio do grupo e aproximando os seus elementos (Martin, 2003). O humor do tipo rir da vida, como insinua a designação, abrange a capacidade de defrontar as adversidades que se impõem de uma forma positiva, extraindo o melhor de cada situação (Martin, 2003). No que concerne ao polo negativo, a autora refere-se ao humor hostil e ao humor auto-infligido. O humor hostil refere-se ao que é utilizado de forma prejudicial para com os outros com manifesto efeito destrutivo, estando relacionado com a manipulação e a crítica do outro, usando-se o sarcasmo e o ridículo sem consideração pelo seu impacto, salvaguardando-se que quem

usa este tipo de humor não deseja ajudar os outros e evidencia dificuldade em partilhar empatia com os seus sentimentos negativos (Martin, 2003; Hampes, 2016).

Para Santos (2014), são inúmeros os benefícios do humor na saúde aos mais diversos níveis. Afeta todas as dimensões do ser quer sejam biológicas, psicológicas, espirituais ou mesmo sociais. Acrescenta que, a utilização do humor e do riso como sua manifestação, originam transformações orgânicas que exercem influência nos sistemas fisiológicos, mantêm o equilíbrio homeostático da pessoa e têm efeitos positivos na redução da dor e da solidão e no aumento da alegria e da satisfação com a vida.

O sentido de humor pode determinar um reforço importante das medidas de gestão das questões relacionadas com a saúde, uma vez que as situações humorosas são responsáveis por uma melhoria na disposição emocional das pessoas (Hampes, 2016). Deste modo, ainda em conformidade com o mesmo autor, o humor pode ser visto como um garante do afastamento imprescindível entre a pessoa e a situação e/ou o problema que enfrenta. Por outro lado, concede uma imagem realista do mesmo, possibilitando uma avaliação da situação ponderada e um planeamento mais focado.

Santos (2014) salienta que saber usar o humor para gerir as adversidades pode ser assumido como ter sentido de autoeficácia, possibilitando que a pessoa tome medidas para evitar o stresse, ou seja, se o stresse provoca alterações psicológicas com potencial nefasto na saúde, o humor parece ter um efeito oposto. Deste modo, McCreddie e Wiggins (2009) referem que o humor tem sido reconhecido como uma estratégia relevante na gestão dos problemas e situações com os quais as pessoas se deparam no seu dia-a-dia. É neste sentido que os profissionais de saúde consideram o humor uma estratégia efetiva, promotora de bem-estar e tranquilidade, potencialmente eficaz na melhoria da autoestima e do autocuidado e facilitadora de resolução de problemas, facultando um desempenho mais eficiente (José, 2006). Estreitamente ligada ao humor como estratégia de gestão do stresse está a ideia de que o humor contribui para a saúde psicológica e para a resistência ao stresse (Santos, 2014).

Efetivamente, quando se fala de humor, pensa-se em boa disposição, estado de espírito, alegria e riso, e por isso se utiliza constantemente a palavra riso para substituir humor (Rickman & Waybright, 2006, cit. por José, 2008). Da mesma forma, de acordo com os mesmos autores, a maioria das definições de humor estão descritas em associação ao riso, sendo este considerado um indicador de humor. Todavia, surge uma dicotomia no uso da terminologia, associada à definição e à teoria do humor, uma vez que existem teorias que descrevem a natureza do humor, outras que descrevem a natureza do riso. Assim sendo, parece existir alguma confusão entre estes dois conceitos.

O humor refere-se à capacidade de uma pessoa considerar as coisas divertidas. Nesta perspectiva e em conformidade com Rickman e Waybright (2006, cit. por José, 2008), os termos “humor” e “riso” são usualmente empregues de forma alternada e com o mesmo significado, apesar de ambos serem difíceis de definir. Para os mesmos autores, o humor é algo que existe na mente de uma pessoa, sendo, por esse motivo, realidades diferentes, consideradas como humorosas por indivíduos diferentes, e o riso é o resultado de uma reação fisiológica, a algo que a pessoa considera engraçado, ainda que possa acontecer relacionado à ansiedade, a patologias do foro psiquiátrico, entre outras.

De acordo com o exposto, constatamos que têm sido várias as tentativas para definir o conceito de humor, o qual tem sido estudado em diversas áreas do conhecimento, devido à sua ligação com uma multiplicidade de outros conceitos. Este já foi abordado pela ótica fisiológica, psicológica e social. Apesar de trabalhado igualmente nas ciências da saúde, a sua concetualização ainda não é unânime, na medida em que a sua natureza, que é simultaneamente universal e subjetiva/individual, parece ser um dos elementos dificultadores da sua definição. A dificuldade inerente ao conceito de humor é o resultado da procura de uma definição única, todavia, existem diversas hipóteses para categorizar a sua natureza e o seu propósito, à semelhança de outros comportamentos humanos. Trata-se de um complexo fenómeno cognitivo, psicológico e fisiológico que obriga uma análise igualmente complexa (José, 2008).

Em termos psicológicos, Martin (2003) refere que o processo de humor se pode subdividir em quatro componentes:

- *Contexto social*: o humor é essencialmente uma experiência social, sendo mais frequente o indivíduo rir quando está acompanhado do que quando está só. Uma experiência humorosa ou mesmo o riso podem emergir num momento de solidão, mas simplesmente associada à leitura ou à observação de algo, como um filme ou um programa de televisão ou pela evocação de um acontecimento humoroso. Assim, a capacidade de rir quando o indivíduo está sozinho, sem qualquer estímulo ou influência do exterior, pode parecer algo descontextualizado, porque quando isto acontece deve estar associado a um acontecimento ou a uma situação de contexto de interação social.

- *Processo cognitivo*: o humor para ser produzido, requer conhecimento, sendo necessário que a pessoa processe a informação resultante do exterior ou da memória e brinque com as ideias, palavras ou ações de forma criativa. Tem de ter capacidade percetiva para realizar humor, para o assimilar e compreender de maneira adequada, quando proveniente de fontes externas.

- *Resposta emocional*: a resposta que a pessoa possui em relação ao humor não é somente intelectual, pois a percepção do humor envolve uma resposta emocional. À semelhança da alegria, do ciúme ou do medo, o humor surge em resposta a determinados tipos de avaliações do ambiente social e físico, abarcando uma resposta emocional induzida por um determinado conjunto de avaliações, isto é, a percepção de que um acontecimento ou uma situação podem ser incongruentes, engraçados ou divertidos.

- *Expressão comportamental do riso*: em analogia a outras emoções, a alegria, o sorriso e o riso acompanham o humor. O riso será, em última instância, uma forma de expressar alegria. Tal como o humor, também o riso só faz sentido enquanto experiência social. A pessoa ri para comunicar aos outros que o humor está presente, que está alegre.

O humor pode ser classificado quando à sua função, como positivo e negativo. O humor positivo ou bom humor é empático e está intimamente relacionado com a alegria, a esperança e a criatividade e tem como principal objetivo aumentar a proximidade entre as pessoas, facilitando a expressão de sentimentos, constituindo, assim, uma mais-valia no que se refere aos relacionamentos interpessoais. O humor negativo coloca as pessoas numa posição que pode ser constrangedora, na medida em que usa o sarcasmo, podendo levar à humilhação (José, 2008).

2.1. O humor na prática dos profissionais de saúde

O humor relacionado com os cuidados de saúde aparece pela primeira vez numa publicação de Vera Robinson (1982) e de Cousins (1979). Em Portugal, sobressaem os estudos efetuados por José (2010) assumindo particular interesse na investigação em enfermagem. Assim podemos afirmar que contribuíram quer para o reconhecimento da necessidade de integrar o humor na prática clínica dos enfermeiros, quer para a integração deste novo conhecimento, baseado na evidência, ao corpo científico da enfermagem. De facto a evidência científica tem demonstrado que a integração do humor na ação profissional dos profissionais de saúde é significativamente promotora do estabelecimento da relação entre estes e as pessoas de quem cuidam (Astedt-Kurki & Liukonnen, 2001) e o seu valor transcende a sua utilização no estabelecimento relacional, cooperando também para o seu aprofundamento e genuinidade, tornando as interações mais verdadeiras (Nunes, 2014).

Ao mesmo tempo, defende-se que o humor capacita os profissionais de saúde e os utentes para a gestão de situações e procedimentos de natureza negativa (Astedt-Kurki & Liukonnen, 2001), transversais a variados contextos de intervenção. A investigação, apesar de ainda ser restrita, demonstra a omnipresença do humor e do riso neste contexto

específico de cuidado, bem como o reconhecimento das funções de carácter humanizador que lhes são subjacentes (Dean & Gregory, 2005). Na perspectiva de Dean e Major (2008), o valor do humor na prestação dos cuidados reside na promoção de transformações afetivas e psicológicas promotoras de cuidados numa visão mais humanista. Knight (1996) realizou um estudo com seis profissionais de saúde a desempenhar funções em cuidados paliativos, tendo demonstrado que o humor é um recurso da equipa perante as funções que tem que desempenhar, minimizando o stresse acumulado consequente do cuidado permanente a pessoas doentes em fim de vida.

Nunes (2014), fundamentando-se em Robinson (1991), ao referir-se à prestação de cuidados de saúde, e diz-nos que é imprescindível adequar o humor à pessoa e que é necessário distinguir o humor que favorece o bem-estar e promove sentimentos positivos, de segurança e confiança, do humor promotor de sentimentos negativos. Também neste contexto, Martin (2008) destaca a importância do humor no estabelecimento de relações interpessoais, sendo o mesmo importante enquanto ação dos próprios profissionais de saúde. Vimos deste modo que o recurso ao humor constitui uma das melhores formas de comunicação, impulsiona uma maior proximidade e confiança, suaviza tristezas e facilita a expressão de sentimentos, uma vez que promove maior descontração e alívio na tensão do dia-a-dia.

O humor pode ser considerado um tipo de comunicação verbal, que pode facilitar a relação dos profissionais de saúde com a pessoa que cuidam. Neste sentido, José (2010, p.155) refere que “a utilização criteriosa do humor e do riso são um bom bálsamo para os enfermeiros e um ótimo revitalizante da sua relação com as pessoas que cuidam”. Ainda em conformidade com o mesmo autor, as piadas, as brincadeiras, as mímicas e outros comportamentos humorosos estão sempre presentes no contexto de trabalho dos profissionais de saúde, podendo ser uma importante forma de desdramatizar as situações mais embaraçosas para os profissionais e para os doentes. Em vários momentos, os profissionais de saúde promovem o riso, resultando num consequente alívio do ambiente vivido nas unidades de prestação de cuidados. Deste modo, ainda na perspectiva do autor citado, o humor “quebra o gelo e as barreiras sociais; reduz o medo; aumenta a segurança; torna o ambiente familiar; encoraja um sentimento de verdade e de confiança; inicia um sentimento de camaradagem e amizade que perdura no tempo; torna possível brincar com procedimentos, com instrumentos; possibilita nivelar situações, nomeadamente de poder, servindo para diminuir a distância social; serve de caminho para a gestão construtiva de conflitos; reduz o embaraço e o desconforto de profissionais e doentes” (José, 2010, p.145).

Definido como um modo de agir e surgindo em grande parte das interações que o ser humano vai estabelecendo, o humor faz com que as pessoas riem e fiquem bem-dispostas

(Fernandes, 2015). Neste sentido, a mesma autora realizou um estudo numa unidade de internamento de cuidados paliativos, situada no norte de Portugal, e incidiu sobre diversos profissionais de saúde que compõe a equipa, nomeadamente: médicos, enfermeiros, assistente operacional e assistente social. Os resultados permitiram observar que os profissionais atribuem vários significados ao humor, designadamente: fonte de bem-estar e prazer, sorriso e alegria, todos de índole positiva. De uma maneira global, os profissionais de saúde utilizam o humor em várias situações, quer na interação com os doentes, quer com os seus pares e no quotidiano não profissional. Paralelamente evocam algumas estratégias mobilizadas para o uso do humor, desde as habilidades comunicacionais, à partilha de experiências com os seus pares. Fernandes (2015) verificou que o uso do humor em cuidados paliativos poderá trazer benefícios para os doentes e as suas famílias, para os profissionais e para a equipa, salvaguardando algumas condições que podem facilitar ou dificultar o seu uso. Ainda no mesmo estudo, os participantes de saúde revelaram uma atitude pessoal positiva face ao humor, com bons índices de apreciação do mesmo, não fazendo, *grosso modo*, objeção ao seu uso, quer no quotidiano pessoal, quer profissional. Dean e Gregory (2005) sustentam que o humor está presente na maior parte das interações humanas e as interações existentes nos serviços de saúde não constituem exceção.

3. A felicidade

Ao longo da história pouco se progrediu na compreensão teórica da felicidade. Os psicólogos durante muito tempo desconsideraram este construto talvez por ser menos apreensível empiricamente ou porque se centraram mais na terapia do que na profilaxia (Oliveira, 2010). Porém o mesmo autor diz-nos que a felicidade é um conceito difícil de definir e as causas que para ela concorrem são complexas. Esta visão sobre o assunto conduz-nos a uma abordagem plurifactorial ou multidimensional, remetendo para uma emoção polissémica.

Assim, pode dizer-se que se está perante um construto muito individualizado ou diferenciado, uma vez que cada pessoa é feliz ou infeliz à sua maneira, assente nas mais diversas razões, fundamentando-se em vários pontos de vista. Por outras palavras, a felicidade para umas pessoas depende da eficácia, para outras da integridade ou dos valores; para umas é algo de muito pessoal e íntimo; para outras baseia-se fundamentalmente na saúde, nos rendimentos, nos acontecimentos; para algumas pessoas é algo de duradouro; para outras tem um carácter efémero. Pelas razões descritas, parece que a felicidade deve ser considerada como um traço estável e não como um estado emocional transitório (Oliveira, 2010).

Rojas (2010, p. 12), colocando-se numa perspetiva humanista, afirma que a tentativa de produzir uma teoria sobre a felicidade é similar ao pretender procurar o sentido da vida, que deve ser comum a todos os homens. Daí o considerar-se felicidade como “vocação de todos”, uma vez que “todo o homem é chamado a ser feliz”, apesar de poucos a atingirem, parecendo neste caso que a felicidade não é algo deste, mas sim um “impossível necessário”. O autor referido é de opinião que é possível construir uma teoria sobre a felicidade, uma vez que parte da nossa conceção de Homem e do modo como desenvolvemos a nossa existência para podermos seguir uma teoria. Estas normalmente apoiam-se sobre dois pilares que consistem em: criar uma personalidade equilibrada (encontrar-se consigo mesmo, possuir-se) e construir um projeto de vida que seja coerente (capaz de nos introduzir paulatinamente no futuro e que constitua um constante impulso para o amanhã).

É ainda Rojas (2010) que, com base na tendência universal do Homem na procura da felicidade, procura compreender a sua essência, detendo-se sobre a natureza e o objeto da felicidade, aproximando-a do amor, do trabalho e da cultura, três colunas onde apoia a sua teoria de felicidade. Para ele, o objeto da felicidade “é a plena realização de si mesmo” mas para Oliveira (2010, p. 13), o homem feliz é aquele que cumpre paulatinamente o

princípio de Píndaro: “sê aquilo que és, isto é, sê tu mesmo, desenvolve tudo o que há dentro de ti, realizando a tua personalidade e o teu projeto”. Hegel, dizia a este respeito que “Feliz é aquele que goza de si mesmo na própria existência”. Outros autores (como S. Agostinho) são mais objetivos, definindo felicidade como “a posse da verdade absoluta, enfim, a posse de Deus”. A felicidade é de facto um bem, mas também a sabedoria e o conhecimento do bem, uma vez que a cultura tornam o homem mais livre e humano (Oliveira, 2010, p. 13).

Do ponto de vista psicológico, a felicidade significa, atingir o pleno desenvolvimento ou realização de si mesmo. Ser feliz é também confrontar-se com o próprio passado e aceitá-lo, projetando-se ao mesmo tempo com confiança, com futuro, aceitando as suas vicissitudes. De qualquer modo, “cada um deve ser artífice da sua própria felicidade e querer verdadeiramente aquilo que tem” (Oliveira, 2010, p. 14).

McMahon (2009), no seu livro intitulado “história da felicidade”, percorre múltiplas concepções de felicidades, desde as judaico-cristãs passando pelo iluminismo, liberalismo até Nietzsche, Marx ou Freud, ficando o leitor com uma certa sensação de relativização, mas sempre na “busca eterna” da felicidade. De acordo com o autor, falar de felicidade é tocar no coração do Homem, pois todos desejamos ser felizes. Trata-se de um tema que nem sempre mereceu as atenções dos estudiosos, todavia, mais recentemente, tal tópico começou a ser alvo da investigação numa perspetiva psicológica (que e é o mais estudado juntamente com o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida, vocábulos convergentes, mas de algum modo distintos).

Legrenzi (2008) considera que os obstáculos à felicidade estão na nossa mente, não propriamente no meio envolvente. Por isso, através de uma linguagem viva e com exemplos, leva-nos a evitar as armadilhas cognitivas que nos impedem de ser felizes. Uma delas parte da fábula da *Cigarra e da Formiga*: ambas procuravam a felicidade a seu modo podendo afirmar-se que a felicidade da cigarra redundou em infelicidade, mas a formiga, para não cair na mesma infelicidade, provavelmente nunca gozou a vida. Todavia, as duas atitudes não serão muito opostas. De qualquer forma, é necessário arriscar e convencer-se de que a felicidade não é a simples ausência de infelicidade, mas uma conquista.

No que concerne às características e indicadores da felicidade, Lopez (2007) distingue diversos aspetos ou dimensões do bem-estar:

- Psicológico – autoaceitação, desenvolvimento pessoal, ter felicidades na vida, domínio ambiente, autonomia, relações positivas com os outros;

- Social – aceitação, atualização e contribuição social, coerência e integração social;
- Emocional – experiências positivas e ausência de negativas, satisfação com a vida, felicidade.

4. A satisfação profissional dos profissionais de saúde

O conceito de satisfação profissional tem sido definido de uma forma lata há mais de cinquenta anos e, desde então, tem sido alvo de diferentes concetualizações, assumindo distintas representações dependendo do referencial teórico adotado.

A palavra satisfação tem origem latina “satisfactio” e significa ato ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; alegria, aprazimento (Costa, Almeida, & Sampaio e Melo, 1998).

Segundo Lu, While e Barribal (2005), a satisfação profissional concentra-se nos sentimentos que uma pessoa desenvolve no seu local de trabalho, no entanto, o que faz um trabalho insatisfatório ou satisfatório não depende só da natureza do trabalho, mas também da expectativa que as pessoas têm do que o seu trabalho deve fornecer.

Assim e nesta perspetiva destacam-se duas componentes da satisfação no trabalho: a componente cognitiva, que diz respeito ao que a pessoa pensa e às suas opiniões sobre o trabalho e uma componente afetiva ou emocional, que diz respeito a quão bem uma pessoa se sente em relação ao trabalho, sugerindo que a satisfação no trabalho é baseada parcialmente no que a pessoa pensa e no que sente (Wright & Cropanzano, 2000; Zalewska, 1999, cit. por Martinez & Parguay, 2003).

Vimos deste modo que o conceito de satisfação profissional vem dar resposta a um estado emocional positivo, ou de uma atitude positiva face ao trabalho desenvolvido e às experiências em contexto de trabalho (Tavares, 2008). A satisfação dos profissionais acontece, quando se atinge um determinado resultado esperado ou ainda quando a meta estabelecida é alcançada.

Trata-se de definições que nos levam a pensar que o profissional de saúde só atingirá a satisfação quando o que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter, como remuneração adequada, segurança no trabalho, ambiente harmonioso no local de trabalho, amizade, valorização e reconhecimento profissional, e oportunidade de trabalhar em equipa etc. (Carvalho & Lopes, 2006).

Na opinião de Ferreira (2006), a satisfação profissional pode ser influenciada por diversos factores, nomeadamente: a elevada pressão a que estão submetidos, a sobrecarga de trabalho exigida, a escassa autonomia, a falta de apoio dos superiores, as baixas expectativas de carreira e desenvolvimento da profissão, e a falta de reconhecimento pessoal e profissional.

Similarmente, Cunha, Rego, Cabral-Cardoso e Neves (2006) dizem-nos que a satisfação deve ser entendida como a resposta a um conjunto de factores percebidos pelos indivíduos como mais ou menos ajustados às suas expectativas, em que as variáveis intervenientes na satisfação se dividem em pessoais e organizacionais.

Segundo Pereira (2010), os factores que influenciam a satisfação/insatisfação profissional são:

- Autonomia do trabalhador;
- Valores extrínsecos relacionados com os resultados do trabalho (ex: remuneração) e valores intrínsecos relacionados com o trabalho em si (ex: oportunidades de progressão e reconhecimento do trabalho);
 - Ambiente de trabalho (ex: ambiente físico do trabalho, qualidade de interação com os colegas de trabalho e cliente, forma como uma organização trata os seus empregados, salário justo e segurança no emprego);
 - Stresse e desempenho: maiores níveis de stresse leva a um menor desempenho;
 - Relacionamento com a chefia: bom ou mau relacionamento com a chefia;
 - Relações interpessoais com os colegas de trabalho e natureza do trabalho: boas relações com os colegas de trabalho contribuem para maiores níveis de satisfação e vice-versa;
 - Progressão na carreira: oportunidade de progredir na carreira aumenta a satisfação no trabalho;
- Tipo de vínculo contratual;
- Experiência profissional;
- Habilitações académicas.

A descrição feita sobre a satisfação profissional mostra que se trata de um fenómeno complexo que resulta da interação entre as pessoas e um conjunto de variáveis situacionais (Hespanhol, 2008).

Sabemos que no Serviço Nacional De Saúde (SNS) não existem incentivos para o bom desempenho ou para a qualidade, dado que os profissionais de saúde são funcionários públicos com salários fixos e independentes do seu desempenho, podendo surgir, desta forma, a insatisfação profissional, que pode representar um desafio ou uma entrave para o desenvolvimento dos cuidados de saúde (Pisco, 2011).

De facto, os estudos realizados mostram que os trabalhadores mais satisfeitos tendem a transmitir uma melhor imagem da organização para o exterior, contribuindo para a

reputação organizacional e uma presença positiva da organização na comunidade (Cunha et al., 2006).

Por isso, a satisfação profissional constitui-se como um factor que interfere positivamente no atendimento do cliente e no relacionamento na equipa da saúde (Donabedian, 1980). Trabalhadores satisfeitos aumentam a satisfação dos clientes, pois têm comportamentos mais amáveis, alegres e atenciosos (Robbins, 2007). Segundo Martins (2012), a satisfação profissional tem impacto sobre a satisfação dos clientes e é particularmente evidente no caso dos serviços, pois torna a sua utilização mais agradável e gratificante. Por outro lado, segundo Emmendoerfer e Palmeira (2013), a satisfação dos clientes só é alcançada se os profissionais de saúde estiverem satisfeitos ou se sentirem prazer ou estados de felicidade com o trabalho que desenvolvem.

Em conclusão, a satisfação dos clientes consumidores dos cuidados de saúde estará de algum modo associada à satisfação dos profissionais e ao seu conceito de qualidade de serviço enquanto prestador de cuidados.

2ª PARTE – Estudo Empírico

1. Metodologia

No decorrer deste capítulo serão descritos e apresentados um conjunto de procedimentos metodológicos adotados, ferramentas reconhecidas como necessárias e facilitadoras na busca da solução às questões de investigação formuladas.

1.1. Métodos

A metodologia é caracterizada como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo, a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação (Fortin, 2009). É nesta fase do projeto que se indica: o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceituais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como indica e justifica as técnicas e medidas estatísticas utilizadas (Fortin, 2009).

Nesta linha de pensamento, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetivámos uma revisão bibliográfica que permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual. O presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde.

Neste sentido, equacionam-se as seguintes questões de investigação:

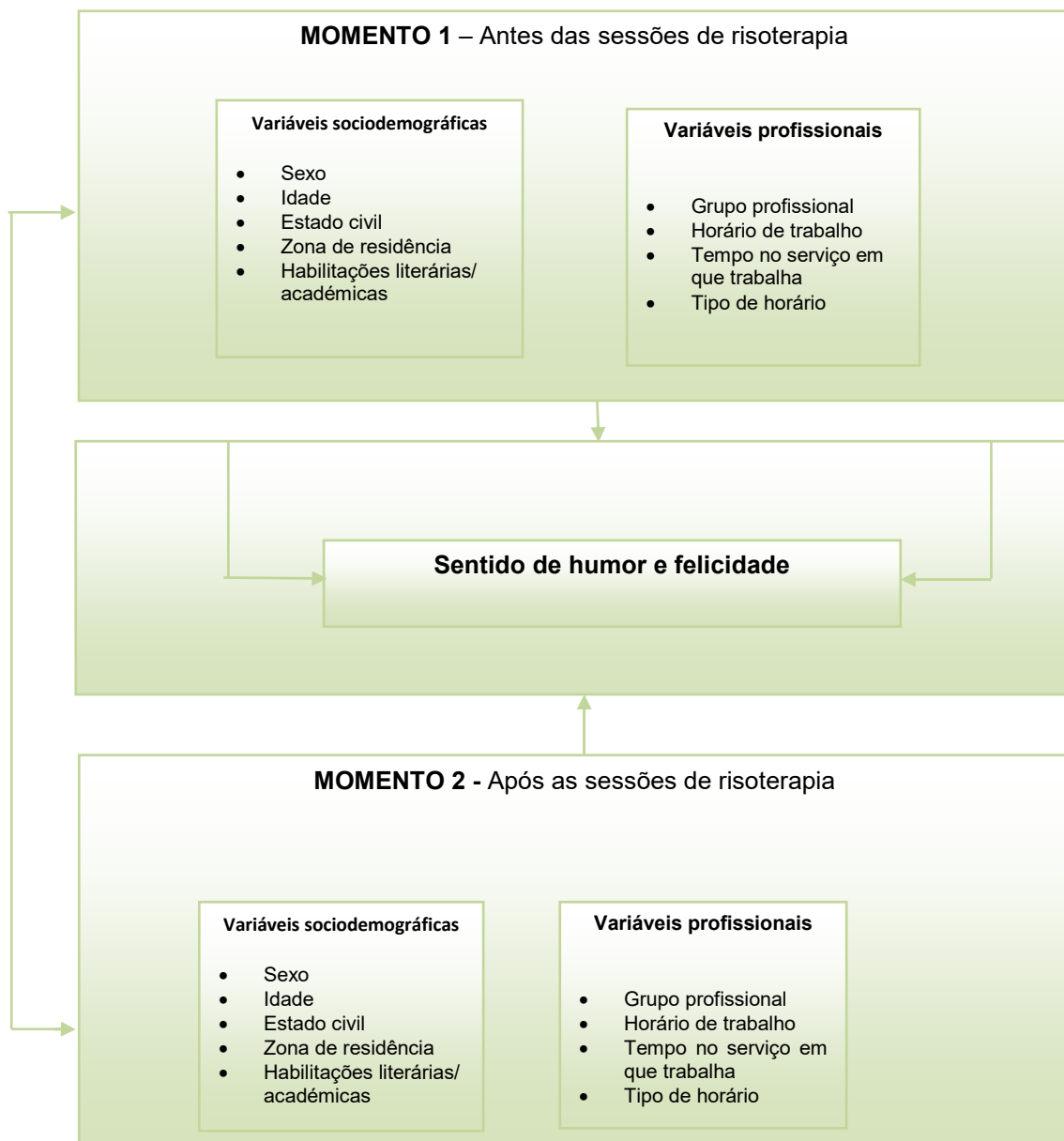
- Qual o nível de humor e de felicidade dos profissionais de saúde?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no humor e na felicidade dos profissionais de saúde?
- Existem diferenças nos níveis de humor e de felicidade entre os dois momentos de avaliação, antes e após as sessões de risoterapia?

Na procura de respostas para as questões supracitadas formulámos os seguintes objetivos:

- ✓ Verificar quais as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam o humor e a felicidade dos profissionais de saúde;
- ✓ Avaliar os níveis de humor e de felicidade antes e depois das sessões de risoterapia.

A construção do quadro teórico e a articulação das variáveis em estudo é projetada num modelo de representação esquemática (cf. figura 1).

Figura 1 – Modelo conceitual de base da relação prevista entre as variáveis



O estudo realizado enquadra-se numa investigação quantitativa, descritiva e correlacional. Pode ainda considerar-se como pré-experimental ou quasi-experimental do grupo único, com pré e pós teste com o objetivo de comparar resultados (Tuckman, 2002).

Estes estudos iniciam sempre pelo levantamento de uma questão ou problema, que o investigador procura dar resposta, inquirindo, para tal, uma amostra de sujeitos que seja representativa da população. Trata-se de um plano de estudo mais utilizado em investigação social. Alguns autores (Hill & Hill, 2002) referem que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário auto administrado, não existem intermédios, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

De uma forma sintética, pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação, segue métodos do estudo de análise quantitativa, pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo (Hout, 2002).

Possui as características de um estudo descritivo e correlacional, uma vez que, se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Hout, 2002) ou como refere Fortin (2009) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis.

1.2. Participantes

Amostragem é o método de seleção dos sujeitos que cooperam num estudo, sendo a amostra o conjunto de sujeitos de quem se irão recolher os dados, devendo estes ter as mesmas características das da população de onde foram extraídos (Coutinho, 2014).

Optamos por uma amostra não probabilística por conveniência, sendo esta formada por 52 profissionais de saúde que trabalham nos serviços de Cardiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Hemodinâmica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu - EPE. A recolha dos dados ocorreu da seguinte forma: inicialmente, planeamos realizar duas

sessões de risoterapia. A primeira ocorreu no dia 14 de dezembro de 2015 e a segunda passado um mês no dia 14 de janeiro de 2016, tendo sido pedido aos participantes para preencherem o instrumento de colheita de dados no início (pré-teste) e no final de cada sessão (pós-teste), com o objetivo de fazer um estudo comparativo entre os diferentes momentos.

- **Perfil Sociodemográfico**

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (73%), com idades entre os 27 e os 61 anos, com uma idade média de 40 anos (DP=9.567), com uma curva simétrica e mesocurtica e uma dispersão moderada em torno da média (CV=23.6%). Os homens são, em média, mais novos do que as mulheres, sendo as diferenças não significativas (U=184.5; p=0.092), (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos profissionais de saúde

	n	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	14	27	53	37.29	9.457	1.484	-.504	25.3	20.68	U=184.5; Z=-1.684; p= .092
Feminino	38	27	61	41.82	9.437	.895	-1.337	22.6	28.64	
Total	52	27	61	40.60	9.567	1.306	-1.569	23.6		

Observamos que maioritariamente a amostra dos profissionais de saúde encontra-se casada ou vive em união de facto (69.2%), 25.0% são solteiros e 5.8% estão divorciados ou são viúvos. O estudo comparativo entre os homens e mulheres revela que nos homens existe uma maior percentagem de solteiros em comparação com as mulheres (50.0% vs 15.8%), revelando os valores ajustados diferenças significativas (res=2.8).

A maioria da amostra reside em meio urbano (57.7%). Constatamos que os profissionais de saúde do sexo masculino residem em maior número no meio urbano, quando comparados com as mulheres (78.6% vs 50.0%), contudo os valores residuais ajustados não indicam diferenças significativas.

Observamos na tabela 2 que a maioria das pessoas possui, como habilitações literárias/académicas, o ensino superior (67.3%), 15.4% têm o mestrado ou doutoramento, 13.5% o 3º ciclo do ensino básico (até ao 12 ano) e apenas 5.3% possuem o 2º ciclo do ensino básico. Os valores entre homens e mulheres são semelhantes, não se diferenciando de forma significativa, embora as mulheres tenham maior representatividade nos níveis mais elevados (Mestrado ou Doutoramento: 18.3% vs 7.1%).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Valor Residual	
		n (14)	% (26.9)	n (38)	% (73.1)	N (52)	% (100,0)	Mas	Fem
Estado Civil									
Solteiro		7	50.0	6	15.8	13	25.0	2.5	-2.5
Casado \ União de facto		7	50.0	29	76.3	36	69.2	-1.8	1.8
Divorciado\ Separado\ Viúvo		0	0.0	3	7.9	3	5.8	Não aplicável	
Zona de Residência									
Rural		3	21.4	19	50.0	22	42.3	-1.8	1.8
Urbana		11	78.6	19	50.0	30	57.7	1.8	-1.8
Habilitações Literárias/ Acadêmicas									
2º Ciclo		0	0.0	2	5.3	2	3.8	Não aplicável	
3º Ciclo		2	14.3	5	13.2	7	13.5	.1	-.1
Ensino Superior		11	78.6	24	63.2	35	67.3	1.1	-1.1
Mestrado ou Doutoramento		1	7.1	7	18.3	8	15.4	-1.0	1.0

- **Perfil Profissional**

O estudo das características profissionais revelou que a maioria dos participantes é constituída por enfermeiros (63.5%), seguindo-se os assistentes operacionais (17.3%) e os assistentes técnicos (11.3%) e apenas 7.7% são médicos. No estudo comparativo entre homens e mulheres existe maior percentagem de médicos homens face às mulheres (14.3% vs 5.3%) e nas mulheres existe maior percentagem de assistentes técnicos mulheres face aos homens (15.8% vs 0%), revelando os valores residuais ajustados diferenças não significativas quanto ao sexo dos profissionais de saúde.

A maioria da amostra trabalha de forma integral na mesma instituição (94.2%) e em horário de *roulement* (67.3%), (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização profissional dos profissionais de saúde

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total			
		n (14)	% (26.9)	n (38)	% (73.1)	N (52)	% (100,0)		
Grupo Profissional									
Assistente Operacional		2	14.3	7	18.4	9	17.3	-.3	.3
Assistente Técnico		0	0.0	6	15.8	6	11.5	Não Aplicável	
Enfermeiro		10	71.4	23	60.5	33	63.5	.7	-.7
Medico		2	14.3	2	5.3	4	7.7	1.1	-1.1
Horário de trabalho									
Tempo integral		13	92.9	36	94.7	49	94.2	-.3	.3
Tempo parcial		1	7.1	2	5.3	3	5.8	Não Aplicável	
Tipo de horário									
Fixo		3	21.4	14	36.8	17	32.7	-1.1	1.1
Roulement		11	78.6	24	63.2	35	67.3	1.1	-1.1

Os profissionais de saúde trabalham em média a cerca de 12 anos ($Dp=8.606$) com os valores a oscilarem entre 1 ano e um máximo de 36 anos. Em média, as mulheres trabalham há mais tempo do que os homens, contudo essa diferença não é significativa, ($p=.244$), (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Estatísticas relativas ao tempo de serviço dos profissionais de saúde

	n	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	14	1	27.6	10.11	7.402	1.381	8.214	73.2	22.46	U=209.5; Z=-1.166; p= .244
Feminino	38	1.3	35.9	13.21	8.955	2.684	1.006	67.8	27.99	
Total	52	1	35.9	12.37	8.606	3.109	1.391	69.6		

1.3. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em quatro partes.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

É formada por questões relativas a variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade, estado civil, zona de residência e habilitações literárias/académicas.

Parte II – Variáveis Profissionais

É constituído por um conjunto de itens que pretendem avaliar os aspetos relativos aos profissionais de saúde, nomeadamente o grupo profissional a que pertence, o tempo de serviço, o horário de trabalho e o tipo de horário de trabalho.

Parte III – Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS)

O instrumento de recolha de dados adotado foi a Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS), desenvolvida por Thorson & Powell (1993) e adaptada em Portugal por José e Parreira em 2008. A MSHS é um instrumento constituído por 24 itens que avalia os aspetos multidimensionais do sentido de humor, considerando cinco dimensões (Produção e uso social do humor; Humor adaptativo; Objeção ao uso do humor; Atitude pessoal face ao humor e Apreciação do humor) em 24 itens. É apresentado sob a forma de uma escala Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (concordo totalmente) e 5 (discordo totalmente).

A escala está concebida, de um modo geral, de forma a que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita, obtendo-se, no final, a soma total dos itens.

A primeira dimensão agrupa itens relacionados com a *Produção e uso social do humor*, constituída pelos itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 18, a segunda dimensão avalia o *Humor adaptativo* e é constituída por 4 itens (12, 13, 14 e 17). A terceira dimensão reúne itens relacionados com a *objeção ao uso do humor*, ficando assim denominada constituída pelos itens 15, 16 e 21 sendo que os itens que constituem a dimensão foram invertidos, na quarta dimensão que é formada pelos itens 22, 23 e 24 os itens por serem formulados na negativa também são invertidos, sendo avaliado nestes itens a dimensão *Atitude pessoal face ao humor*. Por último, os itens 19 e 20 constituem a quinta dimensão que avalia a *Apreciação do humor*.

No presente estudo obtivemos uma muito boa consistência interna com valor de α de Cronbach de .886. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, os valores de alfa de *Cronbach* revelaram-se mais fracos na segunda parte do que o alfa para a globalidade da escala já que, para a primeira metade se obteve um valor de .923 e para a segunda de .734.

Parte IV – Escala sobre a Felicidade

A Escala Sobre a Felicidade - ESAF foi originalmente criada por Barros (2001), tendo por base os factores idiossincráticos inerentes ao funcionamento psicológico dos indivíduos e factores sociodemográficos. Os itens desta escala foram formulados tendo por base as formulações apontadas por Ryff (1989), e outros autores que dão destaque aos factores da personalidade relacionados com o construto felicidade (Barros, 2010). Esta escala reveste-se de um carácter eclético abrangente às diversas dimensões da felicidade, bem-estar e satisfação com a vida, e apresenta boas propriedades psicométricas aplicadas à população portuguesa e angolana. O autor realça a importância de uma abordagem mais abrangente, holística, personalizada e dinâmica na criação de medidas de avaliação na área da felicidade, tendo em conta os factores endógenos e exógenos inerentes ao bem-estar e felicidade (Barros, 2010).

A ESAF consiste em 18 itens, sendo solicitado aos indivíduos o grau de concordância relativamente a cada item. Para cada item existem cinco alternativas de resposta apresentadas numa escala de Likert: 1- “*totalmente em desacordo*”, 2- “*bastante em desacordo*”, 3- “*nem de acordo nem em desacordo*”, 4- “*bastante de acordo*”, e 5- “*totalmente de acordo*”. A cotação é efetuada pelo somatório das pontuações das respostas

dadas nos 18 itens, podendo variar entre: mínimo de felicidade – 18; e máximo de felicidade – 90, ou seja quanto maior o valor, maior o grau de felicidade (Barros, 2001, cit. por Barros, 2010)

Na presente investigação obtivemos valores de consistência interna muito bons na nota global da felicidade ($\alpha=.922$) e bons quando calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades com .864 na primeira e segunda parte.

1.4. Procedimentos estatísticos

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinamos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como o coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007).

Assim, não paramétrica foi utilizado o teste de U-Mann Whitney (UMW), e o teste Kruskal Wallis para comparação de médias de uma variável quantitativa.

Foi utilizado ainda o Teste de Qui Quadrado (χ^2), é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. O teste Qui-Quadrado de Pearson pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequências esperadas inferiores a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Em tabelas de 2x2 alguns investigadores consideram ser ainda necessário não existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5. Se os pressupostos do teste do Qui-Quadrado não forem garantidos o nível de significância pode ser enganador, (Pestana & Gageiro, 2014). O valor do residual ajustado necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna, quando tal não acontece, não é possível aplicar o valor residual ajustado. Quando os resíduos se situam

entre -1,96 e 1,96 o comportamento dessa célula é semelhante ao esperado à media, e não há nada de novo a revelar. Quando o valor do residual é acima de 1,96 ou inferior a -1,96, existe um comportamento significativo face ao esperado (Pestana & Gageiro, 2014). O teste de Fisher é um teste não paramétrico, potente quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão, usado em tabelas de 2x2. Este teste é uma alternativa ao teste Qui-Quadrado quando este não pode ser usado em tabelas 2x2 e, quando um dos valores for inferior a 5 (Maroco, 2007).

Na análise estatística utilizamos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 18.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 (2006) para Windows.

2. Resultados

A finalidade deste capítulo é descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos no trabalho de campo realizado. Assim, o processo de análise dos dados está estruturado de modo a poder dar-se resposta às questões de investigação e subseqüentes objetivos, pelo que se consideraram dois subcapítulos. No primeiro far-se-á a análise descritiva onde se descrevem os aspetos gerais da amostra relacionados com as diferentes variáveis em estudo; no segundo far-se-á a análise inferencial.

2.1. Análise descritiva

- **Avaliação do sentido de humor**

O sentido de humor é um fenómeno complexo, de natureza claramente individual, que surge intimamente ligado ao bem-estar, desempenhando um papel bastante importante na vida das pessoas, sendo reconhecido como um mecanismo útil para lidar com situações difíceis.

Foi utilizada a Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS), como já foi referido anteriormente, para avaliar o humor dos profissionais de saúde. Os valores presentes na tabela 5 evidenciam os valores médios de cada item, verificamos que os valores oscilaram entre mínimo de 2.96 no item 4 *As pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas* e um valor máximo de 4.65 no item 23 *Pessoas que dizem piadas são maçadoras*.

Um estudo comparativo entre os valores médio obtidos na presente investigação com os valores de referência para Portugal através do estudo de validação da escala de MSHS de José & Parreira (2008) revelou que nos itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 18, 21, 22 e 24, os profissionais de saúde em estudo possuem em média melhor sentido de humor, já nos restantes itens (1,12,13,14,17,19,20 e 23) é a amostra de José & Parreira (2008) formada por 208 elementos, que inclui estudantes universitários, profissionais de saúde, clientes de um café, de um cabeleireiro, frequentadores de uma sociedade recreativa e alunos de uma Universidade da Terceira Idade quem melhor humor apresenta nestes itens.

Tabela 5 – Estatísticas relativas aos valores médios da Escala do Sentido de Humor obtido no presente estudo e na investigação de José & Parreira (2008)

Item	Presente estudo	Estudo de José & Parreira (2008)
	Media	Media
1.Eu sou visto pelos meus amigos como uma pessoa com sentido de humor	3.81	3.82
2. Eu consigo dizer as coisas de um modo que faz as pessoas rir	3.71	3.61
3.Os meus ditos inteligentes divertem os outros	3.45	3.38
4.As pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas	3.08	2.96
5.Eu uso o humor para entreter os meus amigos	3.26	3.21
6.Estou confiante de que consigo fazer outras pessoas rir	3.46	3.42
7.Outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas	3.49	3.44
8.Às vezes vêm-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas	3.52	3.51
9.Eu consigo surpreender e pôr as pessoas a rir à gargalhada	3.31	3.19
10.Eu consigo aliviar uma situação de tensão dizendo algo engraçado	3.46	3.38
11.Eu até consigo ter algum controlo sobre um grupo, quando uso humor	3.35	3.28
12.O humor ajuda-me a lidar com as coisas	3.64	3.73
13.Piadas inteligentes ou uso de humor ajudam-me a gerir situações difíceis	3.74	3.75
14.Lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação	3.69	3.87
15.Tentar gerir situações através do uso do humor é realmente estúpido	4.19	4.02
16.O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas	4.27	4.23
17.Usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade	3.67	3.71
18.Eu consigo usar piadas inteligentes para me ajudar a adaptar a muitas situações	3.52	3.46
19.Eu aprecio as pessoas que geram humor	4.22	4.31
20.Eu gosto de uma boa piada	4.19	4.42
21.Chamar a alguém “comediante” é um verdadeiro insulto	4.35	4.25
22.Eu não gosto de cómicos	4.39	4.38
23.Pessoas que dizem piadas são maçadoras	4.60	4.65
24.Fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas	4.47	4.46

O estudo de cada dimensão que constitui o Sentimento de humor revela que, na *Produção e uso social do humor*, o valor médio foi de 37.25 (Dp=6.873) com uma curva simétrica e mesocurtica e uma dispersão moderada em torno da média (CV=18.4%). Na dimensão *Humor adaptativo*, os valores oscilaram entre 12 a 20 com um valor médio de 15.01 (Dp=2.235) e uma distribuição baixa em torno da média com um coeficiente variação de 14.9%. Por sua vez, na *Objeção ao uso do humor*, o valor médio foi de 12.50 com um desvio padrão de 2.461 e uma curva de distribuição assimétrica negativa e mesocurtica. Na *Atitude pessoal face ao humor*, o valor médio foi de 13.50 (Dp=1.925) com uma distribuição assimétrica e leptocurtica dos valores, com uma baixa dispersão em torno da média (CV=14.3%). Na dimensão *Apreciação do humor*, constituída apenas por dois itens, o valor médio foi de 8.41 (Dp=1.190) com os valores a oscilarem entre mínimo de 6 e um máximo de 10.

Relativamente à soma dos 24 itens do sentido de humor, observamos que os valores oscilaram entre 72 e um máximo de 105 com um valor médio de 87.00, o que dá uma média arritmica de 3.64, indicando uma avaliação positiva acerca do sentido de humor por parte dos profissionais de saúde. Sendo a curva de dispersão dos valores simétrica e mesocurtica com uma dispersão baixa em torno da média com um coeficiente de variação de 11.4% (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Estatísticas relativas às dimensões do humor e nota global

	n	Min	Max	M	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)
Produção e uso social do humor	52	20	50	37.25	6.873	-1.061	-.384	18.4
Humor adaptativo	52	12	20	15.01	2.235	.787	-.984	14.9
Objecção ao uso do humor	52	6	15	12.50	2.461	-2.560	-.507	19.7
Objecção ao uso do humor	52	6	15	12.50	2.461	-2.560	-.507	19.7
Atitude pessoal face ao humor	52	6	15	13.50	1.925	-4.933	5.209	14.3
Apreciação do humor	52	6	10	8.41	1.190	-1.196	1.290	14.1
NOTA GLOBAL DO SENTIDO DE HUMOR	52	72	105	87.00	9.949	.615	-1.375	11.4

- **Avaliação da Felicidade**

O sentido da felicidade foi avaliado através da Escala sobre a Felicidade de Barros (2011). Observamos, pelos valores da tabela 7, que a maioria da amostra está bastante de acordo com a maioria das 18 dimensões que avaliam a felicidade. Destaca-se o item 12. *Sinto-me uma pessoa feliz* e o item 4. *Relaciono-me bem com outras pessoas*, que obtiveram 73.1% e 66.2% de profissionais a concordar bastante com a afirmação, 52.0% dos profissionais concordam totalmente com a afirmação que expõe que gostava de se sentir mais livre (item 6) e 44.2% concordam totalmente que esperam evoluir cada vez mais (item 11).

Não existe nenhum profissional de saúde a discordar totalmente com as afirmações e 11.5% consideram que não têm grande sentido de humor (item 18), enquanto 5.8% consideram ter dificuldade em fazer amigos (item 5), sendo estes os itens onde há menor felicidade (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização dos itens da escala da felicidade

Itens	Bastante em desacordo		Nem de acordo nem em desacordo		Bastante de acordo		Totalmente de acordo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Sinto-me consigo mesmo	-	-	3	5.8	31	59.6	18	34.6
2. Tenho um bom conceito de mim mesmo	-	-	7	13.5	31	59.6	14	26.9
3. Aceito-me como sou	-	-	5	9.6	27	51.9	20	38.5
4. Relaciono-me bem com outras pessoas	-	-	3	5.8	37	71.2	12	23.1
5. Faço amigos com facilidade	3	5.8	13	25.0	23	44.2	13	25.0
6. Gosto de me sentir livre	-	-	2	3.8	23	44.2	27	52.0
7. Controlo o ambiente em que vivo	1	1.9	19	36.5	26	50.0	6	11.6
8. Aceito o meu passado	1	1.9	10	19.2	22	42.3	19	36.5
9. Sei viver o momento presente	-	-	9	17.3	24	46.2	19	36.5
10. Tenho projetos para o futuro	-	-	5	9.6	28	53.8	19	36.6
11. Espero evoluir cada vez mais	-	-	3	5.8	26	50.0	23	44.2
12. Sinto-me uma pessoa feliz	-	-	1	1.9	38	73.1	13	25.0
13. Luto pelo meu bem-estar	-	-	3	5.8	29	55.8	20	38.5
14. Considero-me uma pessoa alegre	-	-	12	23.1	23	44.2	17	32.7
15. Sinto-me satisfeito com a vida	1	1.9	7	13.5	33	63.5	11	21.1
16. Tenho conseguido atingir os meus objetivos	-	-	7	13.5	33	63.5	12	23.0
17. Considero-me uma pessoa cheia de esperança	-	-	8	15.4	31	59.6	13	25.0
18. Tenho bastante sentido de humor	6	11.5	16	30.8	19	36.5	11	21.1

O estudo da escala da felicidade revelou que os valores variaram entre um mínimo de 56 e um máximo de 90, com um valor médio de 74.50 (Dp=7.981), com curva simétrica e mesocurtica e uma dispersão baixa em torno da média (CV=10.7%). Os homens apresentam um valor médio que indica que estão mais felizes do que as mulheres (media=76.21 vs média=73.87) (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Estatísticas relativas à felicidade em função do sexo

	n	Min	Max	M	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Masculino	14	67	90	76.21	5.206	1.979	3.072	6.8
Feminino	38	56	90	73.87	8.761	.746	-.620	11.9
Total	52	56	90	74.50	7.981	.621	-.123	10.7

A **escala da felicidade** foi operacionalizada através de três grupos, tendo por base a fórmula Média \pm 0,25x Dp (Pestana & Gageiro, 2014).

Do resultado obtido, adotar-se-á a seguinte classificação:

- Pouco feliz <72.75
- Feliz $\geq 72.75 > M > 76.65$
- Muito feliz ≥ 76.65

Assim, através da análise da tabela 9, constatamos que a maioria da amostra está pouco feliz (42.3%), contudo 36.5% encontra-se muito feliz e 21.2% feliz. As mulheres estão mais representadas no grupo de participantes pouco feliz com 52.6%. Por sua vez, os homens estão mais representados no grupo dos participantes felizes, ou muito felizes com igual percentagem de 42.9%, revelando o teste Qui-Quadrado diferenças significativas ($\chi^2=8.031$; $p=.019^*$), concluindo-se, desta forma, que a felicidade dos profissionais de saúde sofre influência do sexo (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Estatísticas relativas à dimensão da felicidade em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=8.031$; $p=.018^*$
		n (14)	% (26.9)	n (38)	% (73.1)	N (52)	% (100,0)	
Pouco Feliz		2	14.2	20	52.6	22	42.3	
Feliz		6	42.9	5	13.2	11	21.2	
Muito Feliz		6	42.9	13	34.2	19	36.5	

2.2. Análise inferencial

Após a análise descritiva dos resultados, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana & Gageiro, 2008). Sobre este assunto, Fortin (2009) refere que a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população. Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis com o Humor e a Felicidade, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e o sentido de humor

Observamos, através dos resultados do teste de U Mann Whitney, expostos na tabela 10, o estudo das dimensões e nota global do sentido de humor. Assim, constatamos que os homens apresentam melhor estado de humor nas cinco dimensões e na nota global comparados com as mulheres. O teste estatístico revela diferenças significativas nas quatro dimensões: *Produção e uso social do humor* (U=127.0; p=.004**), *Humor adaptativo* (U=112.0; p=.001**), *Atitude pessoal face ao humor* (U=175.5; p=.048*), *Apreciação do humor* (U=134.5; p=.004**) e na nota global do sentido de humor (U=92.0; p=.000***), ou seja, o **sexo** influencia de forma significativa o sentido de humor que os profissionais de saúde apresentam.

O estudo da influência da **zona de residência** no sentido de humor, revelou que a nota global não sofre influência da zona de residência (U=328.0; p=.970), (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função do sexo e da zona de residência

SEXO	Masculino (N=14)	Feminino (N=38)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
<i>Produção e uso social do humor</i>	36.43	22.84	127.0	-2.874	.004**
<i>Humor adaptativo</i>	37.50	22.45	112.0	-3.230	.001**
<i>Objeção ao uso do humor</i>	31.75	24.57	192.5	-1.541	.123
<i>Atitude pessoal face ao humor</i>	32.96	24.12	175.5	-1.981	.048*
<i>Apreciação do humor</i>	35.89	23.04	134.5	-2.862	.004**
NOTA GLOBAL DO SENTIDO DE HUMOR	39.93	21.92	92.0	-3.596	.000***

ZONA RESIDÊNCIA	Rural (N=22)	Urbano (N=30)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
<i>Produção e uso social do humor</i>	27.34	25.88	311.5	-.343	.731
<i>Humor adaptativo</i>	23.11	28.98	255.5	-1.403	.16
<i>Objeção ao uso do humor</i>	25.68	27.10	312.0	-.339	.735
<i>Atitude pessoal face ao humor</i>	29.68	24.17	260.0	-1.376	.169
<i>Apreciação do humor</i>	22.61	29.35	244.5	-1.671	.095
NOTA GLOBAL DO SENTIDO DE HUMOR	26.41	26.57	328.0	-.037	.970

A **idade** associou-se inversamente e de forma inversa e não significativa com a nota global do sentido de humor dos profissionais de saúde ($r=-.207$; $p=.141$), ou seja, quando aumenta a idade dos profissionais, diminui o sentido de humor. Através dos resultados da análise da regressão linear simples, como apresentado na tabela 11, inferimos que a idade não influencia na variância da nota global do sentido de humor que os profissionais de saúde apresentam ($t=-1.496$; $p=.141$).

O estudo do **tempo de serviço** foi realizado através da regressão linear simples presente na tabela 11, onde se observa uma associação inversa, ou seja, quando aumenta o tempo de serviço, diminui o sentido de humor dos profissionais de saúde. No entanto, o valor da regressão linear indica que a associação não é significativa ($t=-.705$; $p=.484$).

Tabela 11– Análise de regressão linear simples entre a idade, o tempo de serviço com a nota global do sentido de humor

	r	r2(%)	t	p
Idade	-.207	4.3	-1.496	.141
Tempo de serviço	-.099	1.0	-.705	.484

O estudo da relação com o **estado civil** foi realizado através do teste Kruskal-Wallis (cf. Tabela 12), revelando que os profissionais de saúde *solteiros* são os que têm valor médio indicativo de melhor nível global de humor, exceto na dimensão *Objeção ao uso do humor* onde são os viúvos ou divorciados a apresentarem maior nível de humor. Em sentido inverso, quem está *casado ou a viver em união de facto* possui em média menos sentido de humor na nota global e nas dimensões, exceto na *Apreciação do humor*, onde são os viúvos ou divorciados a apresentarem menos capacidade de humor nestas duas dimensões. As diferenças observadas são significativas apenas na dimensão *Atitude pessoal face ao humor* ($H=7.668$; $p=.022^*$), já na nota global do sentido de humor, as diferenças encontradas não são significativas ($H=5.441$; $p=.066$), ou seja, o estado civil não influencia de forma significativa o humor que os profissionais de saúde têm.

Tabela 12 – Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função do estado civil

ESTADO CIVIL	Solteiro (N=13)	Casado ou viver união facto (n=36)	Viúvo ou divorciado (N=3)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P
<i>Produção e uso social do humor</i>	32.31	24.47	25.67	2.575	.276
<i>Humor adaptativo</i>	31.15	24.83	26.33	1.718	.424
<i>Objeção ao uso do humor</i>	33.12	23.42	34.83	5.034	.081
<i>Atitude pessoal face ao humor</i>	35.96	23.16	25.33	7.668	.022*
<i>Apreciação do humor</i>	34.42	24.07	21.33	5.373	.068
NOTA GLOBAL DO SENTIDO DE HUMOR	34.96	23.58	24.83	5.441	.066

A análise das **habilitações literárias**, evidencia pelos resultados da tabela 13 que os profissionais de saúde que possuem o 2º ciclo do ensino básico são os que têm um valor médio mais alto, logo melhor nível de humor (PM=34.25). Por outro lado, observamos que os profissionais de saúde com o ensino superior manifestam pior sentido de humor (PM=24.33). O teste Kruskal-Wallis revela diferenças significativas não significativas na nota global do Sentido de humor ($H=2.973$; $p=.396$) e nas dimensões, concluindo-se que as

habilitações literárias não influenciam o nível de humor que os profissionais de saúde têm no seu dia-a-dia.

Tabela 13 – Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função das habilitações literárias

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS/ ACADÉMICAS	2º Ciclo (n=2)	3º Ciclo (N=7)	Ensino Superior (N=35)	Mestrado ou doutoramento (N=8)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P
<i>Produção e uso social do humor</i>	25.25	38.86	23.86	27.56	5.799	.122
<i>Humor adaptativo</i>	33.50	32.86	24.90	26.19	2.121	.548
<i>Objeção ao uso do humor</i>	34.00	18.36	28.59	22.63	3.818	.282
<i>Atitude pessoal face ao humor</i>	32.50	30.64	25.57	25.44	1.134	.769
<i>Apreciação do humor</i>	29.50	27.50	26.16	26.38	.142	.986
NOTA GLOBAL DO SENTIDO DE HUMOR	34.25	33.93	24.33	27.56	2.973	.396

Relação entre as variáveis profissionais e o sentido de humor

O estudo da relação entre a **categoria profissional** e o sentido de humor revela que os enfermeiros são o grupo profissional que pior nível de humor apresenta (PM=24.12) e os médicos são os que apresentam um valor médio indicativo de um melhor sentido de humor global (PM=33.63), evidenciando o teste Kruskal-Wallis diferenças não significativas (H=3.560; p=.313), ou seja, a categoria profissional não exerce influência significativa no sentido de humor dos profissionais de saúde (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função da categoria profissional

GRUPO PROFISSIONAL	Assistente Operacional (n=9)	Assistente Técnico (N=6)	Enfermeiro (N=33)	Médico (N=4)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P
<i>Produção e uso social do humor</i>	33.06	27.92	23.03	38.25	5.899	.117
<i>Humor adaptativo</i>	32.22	25.58	25.27	25.13	1.607	.658
<i>Objeção ao uso do humor</i>	24.06	22.17	28.17	24.75	1.216	.749
<i>Atitude pessoal face ao humor</i>	29.56	20.17	26.91	25.75	1.630	.653
<i>Apreciação do humor</i>	25.28	22.92	27.12	29.50	.675	.879
NOTA GLOBAL DO SENTIDO DE HUMOR	33.22	24.75	24.12	33.63	3.560	.313

Quanto à influência da variável **horário de trabalho**, foi realizado o teste U de Mann Whitney, como apresentado na tabela 15. Assim, a análise dos resultados revela que os profissionais que trabalham de forma parcial possuem valores médios nas cinco dimensões e na nota global que sugerem melhor nível de humor, com exceção da dimensão *Objecção ao uso do humor e Apreciação do humor*, onde são os profissionais de saúde que trabalham de forma integral na instituição a apresentarem melhores valores. O teste U de Mann Whitney indica que as diferenças não são significativas quer nas cinco dimensões e na nota global do sentido de humor ($p > .05$).

Os profissionais de saúde que trabalham num regime de turnos fixos são os que possuem melhor humor nas dimensões *Produção e uso social do humor*, já nas restantes quatro dimensões e na nota global são os profissionais de saúde que fazem turno em regime de *roulement* que apresentam valores médios mais elevados, logo maior sentido de humor. Contudo, o teste UMW indica que as diferenças encontradas não são significativas com a nota global ($p = .632$), mas é significativa nas dimensões *Objecção ao uso do humor* ($U = 149.0.0$; $p = .003^{**}$), e na *Apreciação do humor* ($U = 169.5$; $p = .008^{**}$), pelo que podemos afirmar que o sentido de humor sofre influência de forma parcial do tipo de horário de trabalho.

Tabela 15 – Estatísticas relativas às dimensões e nota global do sentido de humor em função do horário de trabalho e tipo de horário de trabalho

HORÁRIO DE TRABALHO	Tempo integral (N=49)	Tempo parcial (N=3)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
<i>Produção e uso social do humor</i>	25.64	40.50	31.5	-1.652	.098
<i>Humor adaptativo</i>	26.28	30.17	62.5	-.439	.661
<i>Objecção ao uso do humor</i>	26.61	24.67	38.0	-.219	.826
<i>Atitude pessoal face ao humor</i>	25.97	35.17	47.5	-1.083	.279
<i>Apreciação do humor</i>	27.05	17.50	46.5	-1.118	.264
NOTA GLOBAL DO SENTIDO DE HUMOR	25.81	37.83	39.5	-1.337	.181
TIPO DE HORÁRIO	Fixo (N=17)	Roulement (N=35)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
<i>Produção e uso social do humor</i>	31.21	24.21	217.5	-1.564	.118
<i>Humor adaptativo</i>	25.03	27.21	272.5	-.496	.620
<i>Objecção ao uso do humor</i>	17.76	30.74	149.0	-2.944	.003**
<i>Atitude pessoal face ao humor</i>	21.38	28.99	210.5	-1.801	.072
<i>Apreciação do humor</i>	18.97	30.16	169.5	-2.634	.008**
NOTA GLOBAL DO SENTIDO DE HUMOR	25.06	27.20	273.0	-.479	.632

Relação entre as características sociodemográficas e a felicidade

O estudo da relação entre a felicidade e as variáveis sociodemográficas evidencia que o sentimento de felicidade é maior nos homens e nos profissionais de saúde que residem em meio urbano. Contudo o teste U de Mann Whitney revelou que as diferenças são estatisticamente não significativas (Sexo: $U=193.5$; $p=.134$; Zona Residência: $U=321.5$; $p=.875$), ou seja, o **sexo** e a **zona de residência** não influenciam no sentimento de felicidade dos profissionais de saúde, (cf. Tabela 16).

Tabela 16 – Relação entre a felicidade em função do sexo e da zona de residência

SEXO	Masculino (N=14)	Feminino (N=38)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
FELICIDADE	31.68	24.59	193.5	-1.498	.134
ZONA RESIDÊNCIA	Rural (N=22)	Urbano (N=30)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
FELICIDADE	26.11	26.78	321.5	-.158	.875

Observamos uma associação positiva e não significativa da **idade** dos profissionais de saúde com a variável felicidade, não havendo influência entre as duas variáveis (cf. Tabela 17).

Tabela 17– Análise de regressão linear simples entre a idade, o tempo de serviço com a nota global da felicidade

	r	r2(%)	t	p
Idade	.013	.3	.090	.929
Tempo de serviço	-.034	.01	-.243	.809

O estudo da relação entre o **estado civil** com o sentimento de felicidade mostrou que os participantes casados ou a viver em união de facto, apresentam valores médios indicativos de maiores níveis de felicidade. Em sentido oposto, são os participantes viúvos ou divorciados os que têm piores níveis de felicidade. O teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças são estatisticamente não significativas ($H=3.021$; $p=.221$), ou seja, o estado civil não influencia o nível de felicidade dos profissionais de saúde (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Estatísticas relativas à felicidade em função do estado civil

ESTADO CIVIL	Solteiro (N=13)	Casado ou viver união facto (n=36)	Viúvo ou divorciado (N=3)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P
FELICIDADE	24.65	28.28	13.17	3.021	.221

Quanto às **habilitações literárias/académicas**, verificamos que os profissionais de saúde com um nível mais baixo (2º ciclo do ensino básico), são os mais infelizes (PM=20.75), enquanto que os profissionais que têm o 3º ciclo do ensino básico apresentam um valor médio mais alto (PM=37.93). Revelando o teste Kruskal-Wallis diferenças estatística não significativa (H=6.323; p=.097), indicando que as habilitações literárias/académicas dos profissionais de saúde não influenciam o seu nível de felicidade, (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Estatísticas relativas entre as dimensões e nota global do sentido de humor em função das habilitações literárias/académicas

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS/ ACADÉMICAS	2º Ciclo (n=2)	3º Ciclo (N=7)	Ensino Superior (N=35)	Mestrado ou doutoramento (N=8)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P
FELICIDADE	20.75	37.93	23.53	30.94	6.323	.097

Relação entre as variáveis profissionais e os níveis de felicidade

O estudo da relação entre a categoria profissional e o sentimento de felicidade foi estudado através do teste de Kruskal-Wallis (cf. Tabela 20), que revelou que são os médicos que estão mais felizes (PM=32.38), enquanto os assistentes técnicos revelam pior nível de felicidade (PM=16.58), evidenciando o teste diferenças não significativas (H=3.461; p=.326), ou seja, a categoria profissional não tem efeito no sentimento de felicidade que os profissionais de saúde apresentam.

Tabela 20 – Estatísticas relativas à felicidade em função da categoria profissional

GRUPO PROFISSIONAL	Assistente Operacional (n=9)	Assistente Técnico (N=6)	Enfermeiro (N=33)	Médico (N=4)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P
FELICIDADE	29.06	16.58	26.89	32.38	3.461	.326

O **tempo de serviço**, o **horário de trabalho** e o **tipo de horário de trabalho** não têm influência significativa no sentimento de felicidade que os profissionais de saúde têm (p>.05). Contudo, podemos afirmar que os profissionais mais novos, que trabalham a tempo integral e com horário fixo são os mais felizes (cf. Tabela 17 e 21).

Tabela 21 – Estatísticas relativas à felicidade em função do horário de trabalho e tipo de horário de trabalho

HORÁRIO DE TRABALHO	Tempo integral (N=49)	Tempo parcial (N=3)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
FELICIDADE	26.43	27.67	70.0	-.138	.891
TIPO DE HORÁRIO	Fixo (N=17)	Roulement (N=35)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
FELICIDADE	27.65	25.94	278.0	-.381	.703

Procuramos ainda responder à seguinte questão “Os elementos da amostra aumentaram os seus níveis de humor e felicidade após a **sessão de risoterapia**?”. Para tal, avaliamos a nota global do sentido de humor e da felicidade separadamente de forma a determinar os valores nos dois momentos de avaliação e determinar se houve um aumento destas duas variáveis após as duas sessões de risoterapia, utilizando o Teste de Wilcoxon.

Assim, verificamos que, em relação ao sentido de humor, a média antes da primeira sessão de risoterapia foi de 87.00 (Dp=8.94) com aumento no nível de humor após o final da primeira sessão de risoterapia para valor médio de 91.01 (Dp=11.21). O teste Wilcoxon evidencia que as diferenças entre os dois momentos de avaliação são significativas ($Z=-4.247$; $p=.000^{***}$). Na segunda sessão de risoterapia que decorreu passado um mês, o nível de humor dos profissionais era ligeiramente mais baixo em relação ao momento antes da primeira sessão ($M=86.75$). Posteriormente, após a sessão de risoterapia, o humor dos profissionais sobe cerca de 4 pontos médios para 91.11 (Dp=11.11), com evidência significativa pelo teste de Wilcoxon ($Z=-4.675$; $p=.000$). Conseguimos observar que com as duas sessões de risoterapia existem ganhos nos sentidos de humor que os profissionais apresentam (cf. Tabela 22).

Tabela 22 – Análise comparativa entre o sentido de humor antes e depois da sessão de risoterapia

	1º Sessão		2º Sessão	
	Antes	Depois	Antes	Depois
	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)
SENTIDO DE HUMOR	87.0 (9.94)	91.01 (11.21)	86.75 (9.97)	91.11 (11.11)
	Teste Wilcoxon: $Z=-4.247$; $p=.000^{***}$		Teste Wilcoxon: $Z=-4.675$; $p=.000^{***}$	

Ao avaliarmos a felicidade pelos grupos criados anteriormente, observamos que, no primeiro momento antes da primeira sessão de risoterapia, 44.2% dos profissionais de saúde sentem-se pouco felizes, após a sessão, o valor diminui para 42.3%, com aumento da percentagem de profissionais muito felizes de 34.6% para 36.5%. Na segunda sessão, esse

aumento torna-se mais evidente uma vez que antes da sessão existiam 46.2% profissionais pouco felizes e depois da sessão de risoterapia diminuem para 42.3%, com 32.7% de profissionais muito felizes (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Estatísticas relativas à classificação da felicidade nos diferentes momentos

Sexo	Antes da 1ª sessão		Depois da 1ª sessão		Antes da 2ª sessão		Depois da 2ª sessão	
	N (52)	% (100)	N (52)	% (100)	N (52)	% (100)	N (52)	% (100)
Variáveis								
Pouco Feliz	23	44.2	22	42.3	24	46.2	22	42.3
Feliz	11	21.2	11	21.2	12	23.1	13	25.0
Muito Feliz	19	34.6	19	36.5	16	30.8	17	32.7

O estudo da comparação dos valores médios entre o antes e o depois de cada sessão foi realizado através do teste de Wilcoxon (cf. Tabela 24), sendo possível observar um ganho médio do antes para depois de cada sessão. O teste Wilcoxon, quer na primeira sessão ($Z=-1.566$; $p=.117$), quer na segunda ($Z=-1.213$; $p=.130$), revelou ganhos entre o antes e o depois, ou seja, podemos afirmar que as sessões de risoterapia influenciam a felicidade manifestada pelos profissionais de saúde.

Tabela 24 – Análise comparativa entre o sentimento de felicidade antes e depois da sessão de risoterapia

	1º Sessão		2º Sessão	
	Antes	Depois	Antes	Depois
	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)
SENTIDO DE HUMOR	74.5 (7.98)	75.57 (8.29)	74.36 (7.90)	75.42 (8.22)
	Teste Wilcoxon: $Z=-1.566$; $p=.117$		Teste Wilcoxon: $Z=-1.513$; $p=.130$	

3. Discussão

Depois de termos apresentado os resultados estatísticos, tem lugar a sua discussão, cuja interpretação é feita de acordo com a fundamentação teórica, apresentada na primeira parte deste trabalho, tendo como fio condutor as questões de investigação e os objetivos delineados. A análise crítica dos resultados é antecedida da discussão metodológica, onde se alude às limitações encontradas.

3.1. Discussão metodológica

A estratégia metodológica desenhada para esta investigação teve em conta o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos e o tipo de amostra, elegendo-se como instrumentos de recolha de dados, o questionário de auto-resposta. Considera-se que a sua aplicação aos 52 profissionais de saúde, que trabalham nos serviços de Cardiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Hemodinâmica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu –EPE, foi o mais adequado, uma vez que permitiu examinar o nível de humor e de felicidade e a influência da risoterapia nestas duas dimensões, antes e após as duas sessões de risoterapia. Contudo, há a salvaguardar que a veracidade dos resultados depende da honestidade e da sinceridade dos respondentes, uma vez que as suas respostas poderão ser dirigidas mais a condutas desejáveis e não traduzir as que na realidade ocorrem.

Na procura de resultados confiáveis, validou-se a *Multidimensional Sense of Humor Scale* (MSHS), desenvolvida por Thorson & Powell (1993a) e adaptada em Portugal por José e Parreira em 2008, bem como a Escala Sobre a Felicidade - ESAF criada por Barros (2001). Para tal, realizou-se o estudo da sua fiabilidade.

O presente estudo realizado enquadra-se numa investigação quantitativa, longitudinal de curta duração, descritiva e correlacional. Este tipo de estudo apresenta vantagem de não haver perdas de seguimento do fenómeno em estudo. Assim, considera-se que o tipo de estudo empírico seguido foi o mais apropriado para estudar o humor e a felicidade em dois momentos de avaliação, antes e após as sessões de risoterapia, tendo-se obtido evidências para explicar a forma como ocorreu o fenómeno em estudo. Foi a partir destas premissas que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo.

Não obstante as contingentes limitações do estudo, considera-se que os resultados obtidos possibilitaram adquirir um conhecimento mais real sobre os efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde.

3.2. Discussão dos resultados

A risoterapia é um processo terapêutico no qual face ao riso e outras técnicas se procura forma de nos sentirmos plenos, satisfeitos e felizes. Ajuda a desdramatizar as situações da vida pessoal e profissional. Como tal, as pessoas que participam em sessões de risoterapia aprendem a ter uma melhor visão de si mesmas, do ambiente à sua volta e das suas possibilidades.

Expostas estas considerações, tidas como pertinentes, passámos seguidamente a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte longitudinal de curta duração.

Assim, começámos por referir que a amostra é maioritariamente feminina (73%), com idades entre os 27 e os 61 anos, com uma idade média de 40 anos (DP=9.567), com predomínio de enfermeiros (63.5%), o que corrobora os dados publicados no anuário da Ordem dos Enfermeiros (2015), onde é referido que dos 66 452 enfermeiros inscritos, 54 374 (81,8%) são do sexo feminino e 12 078 (18,2%) do sexo masculino.

No que se refere ao nível de humor dos profissionais de saúde, verificámos que os valores relativos ao humor oscilaram entre 72 e um máximo de 105 com um valor médio de 87.00, correspondendo-lhe uma média arritmica de 3.64, indicando uma avaliação positiva acerca do sentido de humor por parte dos profissionais de saúde. Aferimos também que apenas 11.5% dos profissionais de saúde consideram que não têm grande sentido de humor, enquanto 5.8% consideram ter dificuldade em fazer amigos, sendo estes os itens onde há menor felicidade. Estes resultados justificaram a realização das sessões de risoterapia, uma vez que rir é muito saudável pelo seu efeito positivo quer ao nível da saúde mental, quer ao nível do sistema imunitário. O humor resulta em bem-estar (Martin, 2007; Freitas, Silva, Sousa et al., 2013; Nogueira & Masett, 2005). Rir tem múltiplos benefícios: rejuvenesce, elimina o stresse, tensões, ansiedade, depressão, alivia a dor, reduz as insónias, problemas cardiovasculares, respiratórios, entre outros benefícios, uma vez que, segundo Silva & Omura (2005), consiste num ato que ativa uma parte cerebral envolvida nas emoções e na sensação de recompensa (córtex pré frontal medial ventral).

No que se refere às variáveis sociodemográficas e profissionais que interferiram no humor dos profissionais de saúde, constatámos que o sexo interferiu no sentido de humor

dos profissionais de saúde, particularmente na *Produção e uso social do humor* ($p=.004$), *Humor adaptativo* ($p=.001$), *Atitude pessoal face ao humor* ($p=.048$), *Apreciação do humor* ($p=.004$) e na nota global do sentido de humor ($p=.000$). O estado civil interferiu na dimensão *Atitude pessoal face ao humor* ($H=7.668$; $p=.022^*$). O tipo de horário de trabalho influenciou as dimensões *Objeção ao uso do humor* ($p=.003$) e *Apreciação do humor* ($p=.008$).

Reportando-nos agora à média de humor ao longo dos vários momentos de avaliação, verificámos que, antes da primeira sessão de risoterapia, a média foi de 87.00 ($Dp=8.94$) com aumento no nível de humor após o final da primeira sessão de risoterapia para valor médio de 91.01 ($Dp=11.21$). Após a sessão de risoterapia, o humor dos profissionais subiu para 91.11 ($Dp=11.11$). Estes resultados corroboram o que foi afirmado na revisão da literatura, indo também ao encontro da experiência pessoal na área. Assim, podemos referir que o riso ajuda a libertar o stresse, a ansiedade, a hostilidade e a agressividade de uma forma socialmente aceitável, ou seja, o riso tem a capacidade de resolver os conflitos internos e externos, usando o sorriso e o bom humor como uma competência, na medida em que nos torna mais aptos para as relações interpessoais, possibilitando responder de forma assertiva em situações em que a agressividade pode estar latente e destruir a comunicação eficaz (Daolio, 2011). Parte-se do pressuposto que o bom humor é poderoso e que rir é libertador, deste modo, com o bom humor podemos superar as dificuldades (Reader's, 2006).

Ao avaliármos a felicidade nos profissionais de saúde, observámos que, no primeiro momento antes da primeira sessão de risoterapia, 44.2% dos profissionais de saúde sentiam-se pouco felizes, após a sessão, o valor diminuiu para 42.3%, com aumento da percentagem de profissionais muito felizes de 34.6% para 36.5%. Na segunda sessão, esse aumento tornou-se mais evidente, uma vez que antes da sessão existiam 46.2% profissionais pouco felizes e depois da sessão de risoterapia diminuem para 42.3%, com 32.7% de profissionais muito felizes. Apurámos que, quer na primeira sessão ($Z=-1.566$; $p=.117$), quer na segunda ($Z=-1.213$; $p=.130$), houve ganhos de felicidade entre o antes e o depois, ou seja, podemos afirmar que as sessões de risoterapia influenciaram a felicidade manifestada pelos profissionais de saúde.

Assim, ficou demonstrado que a risoterapia contribui para o aumento do humor e da felicidade, factores indispensáveis à prática dos profissionais de saúde, onde se processam as relações interpessoais com os clientes e respetiva família, num processo comunicacional empático (Riley, 2004). No processo de cuidar está inerente um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado. Pressupõe uma troca de sentimentos e o estabelecimento de uma relação muito próxima entre a díade profissional de saúde/cliente. Neste sentido,

Fernandes (2015) refere que a estimulação do humor, através da risoterapia, emerge como uma necessidade para o crescimento individual e para o processo de interação/comunicação. Por conseguinte, num contexto de dor e sofrimento, como é o contexto hospitalar, o uso do bom humor e do riso podem ser formas de aliviar a tensão, a ansiedade e a insegurança, constituindo-se como mecanismo de *coping*, possibilitando aos profissionais de saúde evitar alguns conflitos, verbalizar e demonstrar sentimentos e opiniões que de outra forma são difíceis de expor, bem como otimizar a sua relação com os clientes/família (Araújo & Silva, 2006; Fernandes, 2015).

Reforça-se o pressuposto de que rir eleva o estado de ânimo, melhora a criatividade e aumenta a energia, tendo também um papel fundamental na construção de relações fortes e saudáveis na aproximação das pessoas, na criação de empatia e resolução de conflitos e desacordos. Por isso, recorrer ao riso e ao bom humor pode ajudar a fortalecer o relacionamento entre os profissionais de saúde, o que se reverte em cuidados de saúde de qualidade. Como salienta Santos (2011), ao partilhar-lhe a felicidade e o bom humor, está a criar-se um vínculo entre as pessoas. Ainda na esteira do mesmo autor, quando nos rimos com outra pessoa, cria-se um vínculo positivo entre ambas. Essa união age como um forte “amortecedor” contra o stress, desacordos, decepções e conflitos. A corroborar, Fernandes (2015) refere que a comunicação é basilar para a construção de uma relação terapêutica sólida e, por conseguinte, é necessária quando se recorre ao riso na relação entre o profissional de saúde e o cliente, estando subentendidas algumas das características indispensáveis da relação terapêutica: a empatia, a autenticidade, a humildade e o respeito caloroso.

Conclusão

O presente trabalho teve como objetivo verificar os efeitos da risoterapia no humor e na felicidade de 52 dos profissionais de saúde a exercer nos serviços de Cardiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Hemodinâmica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu – EPE. Para tal, foram planeadas duas sessões acerca da temática da risoterapia, resultando num estudo comparativo entre os diferentes momentos de avaliação, antes e após as sessões de risoterapia.

Deste modo, através do estudo empírico, ficou demonstrado que:

- a amostra é maioritariamente feminina (73%), com idades entre os 27 e os 61 anos, com uma idade média de 40 anos (± 9.567), sendo os enfermeiros (63.5%) o grupo profissional dominante;

- os valores relativos ao humor oscilaram entre 72 e um máximo de 105 com um valor médio de 87.00, correspondendo-lhe uma média arritmica de 3.64, indicando uma avaliação positiva acerca do sentido de humor por parte dos profissionais de saúde;

- apenas 11.5% dos profissionais de saúde consideram que não têm grande sentido de humor, enquanto 5.8% consideram ter dificuldade em fazer amigos, itens onde se registou menor felicidade;

- o sexo masculino interferiu no sentido de humor dos profissionais de saúde, particularmente na *Produção e uso social do humor*, *Humor adaptativo* ($p=.001$), *Atitude pessoal face ao humor* ($p=.048$), *Apreciação do humor* e na nota global do sentido de Humor;

- o estado civil interferiu na dimensão *Atitude pessoal face ao humor*, revelando que os profissionais de saúde solteiros são os que têm valor médio indicativo de melhor nível global de humor;

- o horário de trabalho influenciou a dimensão *Produção e uso social do humor*, revelando que os profissionais de saúde que trabalham de forma parcial, apresentam valores médios mais elevados, logo com maior sentido de humor;

- o tipo de horário de trabalho influenciou as dimensões *Objeção ao uso do humor* e *Apreciação do humor*, revelando que os profissionais de saúde que trabalham num regime de roulement, apresentam valores médios mais elevados, logo com maior sentido de humor;

- registou-se um aumento do nível de humor após as sessões de risoterapia;

- no primeiro momento antes da primeira sessão de risoterapia, prevaleciam os profissionais de saúde que se sentiam pouco felizes, após a sessão, o valor diminuiu com aumento da percentagem de profissionais muito felizes, na segunda sessão, esse aumento tornou-se mais evidente, resultando em profissionais de saúde mais felizes;

- as sessões de risoterapia exerceram efeitos na felicidade e o humor manifestados pelos profissionais de saúde, uma vez que os valores encontrados no pós terapia eram superiores ao pré.

Fazendo-se um balanço de todo o caminho percorrido, começa-se por referir que foi com muito gosto que levámos este trabalho a cabo, uma vez que conseguimos transmitir experiências (poucas até agora) e ferramentas que ajudem os profissionais a sentirem-se melhor.

Falando na primeira pessoa, relato um caso vivenciado, numa enfermaria onde estavam quer os clientes, quer os familiares, muito sérios. Então, comecei a falar da risoterapia, dizendo-lhes que a praticava e comecei a rir-me. Toda a gente desatou a rir comigo, transformando-se num momento inesquecível, simplesmente mágico. Senti que todos temos de rir, nem que seja por uns curtos momentos, para mudar a rotina.

Como já referi, na minha profissão já construía sorrisos, mas sinto que a sociedade não tem tempo para exprimir as suas emoções, esquecendo-se de as expressar. Então, decidi perceber o que era exatamente sorrir? O que acontecia no nosso corpo quando sorriamos? Deste modo, direcionei os meus estudos nesse sentido. Foi quando percebi verdadeiramente a beleza e a magia do riso, com todos os seus benefícios, que vão muito além de nos exercitar os músculos e de nos fazer parecer mais afáveis aos olhos das outras pessoas.

Sorrir, transforma-nos de dentro para fora, através de reações bioquímicas que nos tornam efetivamente pessoas com outra atitude perante a vida, com outra capacidade de relacionamento e de superar os obstáculos. Rir ajuda-nos realmente a sermos mais otimistas e felizes e é isso que pretendo partilhar com os potenciais leitores deste trabalho. A minha prática de yoga do riso despertou todo o conhecimento que estava dentro de mim e que neste trabalho partilho com o leitor.

Sou uma pessoa que mudou a vida à base da persistência e de ter paciência para mudar. Eu era uma pessoa muito reservada, mas desde que comecei a frequentar o curso da risoterapia, sinto-me mais “bonita” e com maior autoconfiança. Hoje posso dizer que sou uma líder do riso. O yoga do riso entrou na minha vida em 2014 e, rapidamente, me empenhei em divulgar os benefícios do riso e praticar sessões, sendo também expressão disso a realização do presente trabalho. Tudo aquilo que fiz por mim, a partir desse

momento, tudo aquilo em que pensei e decidi mudar foi decisivo para a minha felicidade. Transformara verdadeiramente o meu sorriso e eu tinha obrigação de o partilhar com o maior número de pessoas possível, o que me irá levar a criar o meu projeto (ainda sem nome) para os profissionais de saúde do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, bem como para a população do distrito de Viseu e não só, tendo o meu próprio espaço para realizar as sessões de risoterapia, também em escolas, lares, empresas, entre outros locais.

Tenho plena consciência de que, sem os conhecimentos da risoterapia que hoje possuo e considerando-os ainda primários, a minha vida não estaria neste momento tão estável. Reforço a ideia de que é muito importante rir e o lema do riso é “fingir, fingir até atingir”.

Para finalizar sei que podemos e devemos rir muito enquanto desempenhamos a nossa profissão, pois só assim estamos verdadeiramente a dar aos outros o que temos de melhor.

Referências bibliográficas

- Adams P. (2000). *Patch Adams: o amor é contagioso*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Araújo, M., & Silva, M. (2006). A Comunicação com o Paciente em Cuidados Paliativos: Valorizando a Alegria e o Optimismo. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*; Vol. 41, 4: 668-674.
- Astedt - Kurki, P. & Liukkonen, A. (2001). Humour in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (1): 183-188.
- Astedt-Kurki, P., & Isola, A. (2001). Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3): 452-458.
- Ayan, S. (2009). Risa terapéutica. *Cerebro y mente*, 5: 44-51.
- Barros, J. (2001). Felicidade: Natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, educação e cultura*, 5(2): 289-318.
- Barros, O. (2010). *Psicologia positiva: uma nova psicologia*. Porto: Legis Editora.
- Barroso, E. (1999). *Prazeres*. 7. Ed. Algés: Difel.
- Carvalho, G., & Lopes, S. (2006). Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. *Arquivos Ciência e Saúde*, 13 (4), 215-219
- Costa, J., Almeida, & Sampaio e Melo, A. (1998). *Dicionário de Língua Portuguesa*. 8ª Edição. Porto: Porto Editora.
- Cousins, N. (1979). *Anatomy of na illness*. New York: W.W. Norton & company, Inc.
- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas, teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Cunha, M.P., Rego, A., Cunha, R.C., Cabral-Cardoso, C., & Neves, P. (2006). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (5ª ed. ver. e actual.). Lisboa: Editora RH.
- Daolio, E.A. (2011). *Ria da minha vida antes que eu ria da sua*. Osasco, SP: Novo Século Editora.
- Dean, R.A., & Gregory, D.M. (2005). Humor and laughter in palliative care: An ethnographic investigation. *Palliative & Supportive Care*, 2: 139-148.
- Dean, R.A.K., & Major, J.E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of clinical nursing*, 17(8): 1088-1095.

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). Chicago: Health Administration Press.
- Emmendoerfer, M.L., & Palmeira, M.L. (2013). Funcionário feliz é sinônimo de cliente satisfeito? Um estudo a partir de uma pesquisa de clima organizacional. *REDIGE – Revista de Design, Inovação e Gestão estratégica*, 4(3): 1-19.
- Fernandes, J.A.C. (2015). *O humor em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Acedido em: repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1502/1/Claudia_Fernandes.pdf
- Ferreira, M. A. M. C. M. (2006). Satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6,37-46
- Foot H., & McCreddie M. (2006). Humour and laughter. In *The Handbook of Communication Skills* (pp. 293–322), (Hargie O., ed.), London: Routledge.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização*. 3ª Ed. Loures: Lusociência.
- França, S.M.R. (2011). *Terapia por Eye Movement Dessensitization and Reprocessing e possível impacto nos níveis de bem-estar subjetivo: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Acedido em: http://oficinadepsicologia.com/PDF/terapia_emdr_bem_estar_subjectivo_ptsd.pdf
- Freitas, N.A., Silva, A.L.F., Sousa, R.R. et al. (2013). A prática da terapia do riso na atenção hospitalar: reflexões a partir da vivência interdisciplinar. *SANARE*, Sobral, V.12, 1: 54-58.
- Hampes, W. (2016). The relationship between humor styles and forgiveness *Europe's Journal of Psychology*, 12(3): 338.
- Hespanhol, A. (2008). Satisfação profissional dos enfermeiros do centro de saúde de São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24: 665-670
- Hill, M.M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- José, H.M.G. (2006). Humor: que papel na saúde? Uma revisão literária. *Pensar Enfermagem*, 10(2): 2-18.

- José, H.M.G. (2008). *Resposta humana ao humor: quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1843/1/19986_ulsd_re252_Helena_MG_tD.pdf
- José, H.M.G. (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures: Lusociência.
- José, H.M.G., & Parreira, P. (2008). Adaptação para português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS) = Adaptation to Portuguese of the Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS). Referência: revista científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: domínio de Enfermagem. Coimbra. ISSN 0874-0283. 2ª S.6 (2008)7-18
- Knight, C. (1996). Laughing at death: the ultimate paradox. In: Biley, F.C., & Maggs, C.J. (Ed). *Contemporary issues in nursing* (pp. 3-30). New York: Churchill Livingstone.
- Lefcourt, H.M., & Martin, R.A. (2004). *Humor and life stress: Antidote to adversity*. New York, NY: Springer.
- Legrenzi, P. (2008). *A felicidade: os obstáculos estão na mente, não no mundo*. São Paulo: Paulinas/Loyola.
- Lopez, S. (2007). *Positive Psychology: Exploring the best in people*. Westport: Praeger Publisher.
- Lu, H., While, A.E., & Barribal, L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International journal of nursing studies*, 42(2): 211-227.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, R. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, Vol. 37: 48-75.
- Martin, R. (2008). *La psicología del humour: un enfoque integrador*. Madrid: Orión Ediciones, S.L.
- Martin, R. A. (2007). *The Psychology of Humor*. USA: Elsevier.
- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. (2003). Satisfação e saúde no trabalho – aspetos conceptuais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6: 59-78.

- Martinez, M.C. Paraguay, S. I. B., & Latorre, M.R.D. (2004). Relação entre satisfação com aspetos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 5-61
- Martins, A.P.S.G. (2012). *Gestão dos factores motivacionais intervenientes na satisfação/motivação dos profissionais da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Bragança*. Tese de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8215>
- Marujo, H. A., & Neto, L. M. (2008). *Programa VIP: hacia una Psicología Positiva aplicada*. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *Psicología positiva aplicada*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Masetti, M. (2007). *Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar*. São Paulo: Palas Athena.
- McCreddie, M., & Wiggins, S. (2009). Reconciling the good patient persona with problematic and non-problematic humour: a grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8): 1079-1091.
- Mcmahon, D. M. (2009). *Uma história da felicidade* (1ª Ed.). Lisboa: Edições 70.
- Morant, R. (2006). ¿Con humor se explica y se aprende una lengua mejor? *Pragmalingüística*, 14: 23-29.
- Nogueira, W., & Masetti, M. (2000). Os Doutores da Alegria: um relato de experiência. *Mundo da Saúde*; 24: 49-55.
- Nunes, I.C.B.R. (2014). *O humor e o luto nos enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em: repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.../Dissertação%20de%20Mestrado%20FINAL.pdf.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia positiva. Uma nova psicologia*. Porto: Livpsic editores.
- Parish, A.R. (2005). The impact of humor on patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*; 9(2): 211-8.
- Pereira, A. (2010). *Factores de satisfação profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica*. Tese de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã. Acedido em: <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/443>
- Pereira, A. (2010). *Factores de satisfação profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica*. Dissertação de mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Acedido em: <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/443>.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco, L. (2011). Reforma da atenção primária e Portugal em duplo movimento: Unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (6), 2841-2852. Acedido em: <http://scielo.br/pdf/csv/v16n6/22.pdf>
- Pisco, L. (2011). Reforma da atenção primária e Portugal em duplo movimento: Unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (6): 2841-2852.
- Reader's D. (2006). *Rir é o melhor remédio*. Rio de Janeiro: Reader's Digest.
- Rickman, C., & Waybrighth, L. (2006). *Humour- it works*. West Virginia University Extension Service, WLG 224.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.
- Robbins, S. P. (Ed.). (2007). *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos
- Robinson, V.(1982). L'humour en soins infirmières. In Carlson, C. & Blackwell, B. *Les comportements humain: concepts et applications aux soins infirmières* (pp. 313-342). Paris: Le Centurion.
- Rojas, E. (2010). Uma teoria da felicidade. (2ª Ed.) Coimbra: Edições Tenacitas.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everthing, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6): 1069-1081.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3 ed. São Paulo- S.P. Editora MC GRAW- HILL.
- Santos, M. (2011). *Factores individuais que condicionam a saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Santos, M.I.L.B. (2014). O humor e o stresse dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa
Acedido em:
<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18345/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20M%C2%AAIn%C3%AAs%20Santos%2001.04.pdf>
- Silva, P.H., & Omura, C.M. (2005). Utilização da risoterapia durante a hospitalização: um tema sério e eficaz. *Rev Enferm UNISA* 5; 6: 70-3.

- Talbot, L.A. (2000). Burnout and humor usage among community college nursing faculty members. *College Journal of Research and Practice*. Vol. 24, 5: 359-373.
- Tavares, O.M.C. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Aplicação do Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: FEUC. Acedido em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9700/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Thorson, J., & Powell, F. (1993). Sense of humor and dimensions of personality. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 49(6): 799-809.
- Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação* (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Yarcheski, A., Mahon, N., & Yarcheski (2012). Humor and health in early adolescents; perceived field motion as a mediating variable. *Nursing Science Quarterly*, 15 (2): 150-155.

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados


 Ministério da Educação e Ciência
 Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

10.12.2015

Dr. Ermida Rebelo
 Presidente
 do Conselho de Administração

Exmo. Senhor
 Presidente do Conselho de Administração
 Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
 Av. Rei D. Duarte
 3504-509 VISEU

Ato Exm Diretor de Serviços de Cardiologia e UCIC para análise e parecer
[Signature]
22/04/2016 (2=VIZ)

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA: ESSV 0965 07-DEC-15

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Isabel Maria Martins de Almeida Videira do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação pretendem realizar um estudo subordinado ao tema "Avaliar os efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde". Pretende-se com este estudo determinar os efeitos do sentido de humor e felicidade numa sessão de risoterapia dos profissionais de saúde. Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, nos serviços de Cardiologia, UCIC e Hemodinâmica.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mas informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

A resposta indicar a vossa referência. Em cada ofício tratar só de um assunto

Hospital do São Lázaro - Viseu
 Secretariado de Administração
 Documento nº 1988
 Entrada 10/12/2015
 Saída 22/04/2016
 Secretário: _____

O Presidente da ESSV
 Professor Doutor Carlos Pereira

De acordo
[Signature]
Dr. Costa Cabral
 Diretor de Serviço de Cardiologia

FM/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL
 Fax. +351 232 428 343

E-mail essvgeral@essv.ipv.pt

Web. www.essv.ipv.pt

ANEXO II – Declaração do Consentimento Informado



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E
INVESTIGAÇÃO
Unidade Científico Pedagógico – Enfermagem de Reabilitação

COD: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “Efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde” e cujos objetivos principais são: avaliar o efeito da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde após sessões de risoterapia e identificar fatores determinantes nesses dois constutos. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer*

relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome

Assinatura do participante

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade __/__/____

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome da investigadora

Isabel Maria Martins de Almeida Videira

ANEXO III – Instruções de Preenchimento do Questionário

Instruções de Preenchimento do Questionário

Caro(a) profissional de saúde,

Chamo-me Isabel Maria Martins de Almeida Videira, sou aluna na Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, e estou a frequentar o 4º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.

Neste âmbito, encontro-me a desenvolver uma investigação sobre a "Avaliar os efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde".

Assim, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento dos questionários em anexo.

As respostas serão apenas para tratamento estatístico, não sendo fornecidas a terceiros, sendo garantidas a sua confidencialidade e anonimato.

No final, certifique-se que respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

Grata pela sua colaboração!

ANEXO IV – Instrumento de colheita de dados

I PARTE

Dados sociodemográficos e profissionais

1. Idade:
_____ Anos

2. Gênero:
a. Masculino
b. Feminino

3. Estado civil:
a) Solteiro(a)
b) Casado(a)
c) União de fato
d) Divorciado(a)
e) Viúvo(a)

4. Zona Residência:
a) Rural
b) Urbana

5. Grupo profissional:
a) Assistente Operacional
b) Assistente Técnico
c) Enfermeiro(a)
d) Médico(a)
e) Outro

6. Habilitações literárias:
a) 1º ciclo escolar(até 4ºano)
b) 2º ciclo escolar(até 9ºano)
c) 3º ciclo escolar(até 12ºano)
d) Ensino superior
e) Mestrado
f) Doutorado
g) Outro. Qual? _____

7. Tempo na Unidade/Serviço em que trabalha: ____anos ____ meses

8. Horário de Trabalho:
a) A tempo integral
b) A tempo parcial

9. Tipo de horário:
a) Fixo
b) Roulement

II PARTE

Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS) (Versão portuguesa de José & Parrsira, 2008)

Esta Escala contém 24 questões. Em cada uma delas deve assinalar o número que corresponde melhor àquilo que se adequa a si próprio(a). Considere, para isso, que a sua opinião pode variar entre 1 – Discordo totalmente e 5 – Concordo totalmente. Por favor, responda a **TODAS** as questões. Não deixe nenhuma por responder.

1. Eu sou visto pelos meus amigos como uma pessoa com sentido de humor	1	2	3	4	5
2. Eu consigo dizer as coisas de um modo que faz as pessoas rir	1	2	3	4	5
3. Os meus ditos inteligentes divertem os outros	1	2	3	4	5
4. As pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas	1	2	3	4	5
5. Eu uso o humor para entreter os meus amigos	1	2	3	4	5
6. Estou confiante de que consigo fazer outras pessoas rir	1	2	3	4	5
7. Outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas	1	2	3	4	5
8. Às vezes vêm-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas	1	2	3	4	5
9. Eu consigo surpreender a pór as pessoas a rir à gargalhada	1	2	3	4	5
10. Eu consigo aliviar uma situação de tensão dizendo algo engraçado	1	2	3	4	5
11. Eu até consigo ter algum controlo sobre um grupo, quando uso humor	1	2	3	4	5
12. O humor ajuda-me a lidar com as coisas	1	2	3	4	5
13. Piadas inteligentes ou uso de humor ajudam-me a gerir situações difíceis	1	2	3	4	5
14. Lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação	1	2	3	4	5
15. Tentar gerir situações através do uso de humor é realmente estúpido	1	2	3	4	5
16. O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas	1	2	3	4	5
17. Usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade	1	2	3	4	5
18. Eu consigo usar piadas inteligentes para me ajudar a adaptar a muitas situações	1	2	3	4	5
19. Eu aprecio as pessoas que geram humor	1	2	3	4	5
20. Eu gosto de uma boa piada	1	2	3	4	5
21. Chamar a alguém "comedante" é um verdadeiro insulto	1	2	3	4	5
22. Eu não gosto de cómicos	1	2	3	4	5
23. Pessoas que dizem piadas são mopeadoras	1	2	3	4	5
24. Fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas	1	2	3	4	5

III PARTE

Escala sobre a Felicidade (Barros, 2001)

Este questionário pretende conhecer o que pensam as pessoas a respeito de si mesmas e da vida. Responda sinceramente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação (evitando, se possível, o número intermédio), conforme este significado:

1. Totalmente em desacordo (absolutamente não)
2. Bastante em desacordo (não)
3. Nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos)
4. Bastante de acordo (sim)
5. Totalmente de acordo (absolutamente sim)

1. Sinto-me bem comigo mesmo	1	2	3	4	5
2. Tenho um bom conceito de mim mesmo	1	2	3	4	5
3. Aceito-me como sou	1	2	3	4	5
4. Relaciono-me bem com as outras pessoas	1	2	3	4	5
5. Faço amigos facilmente	1	2	3	4	5
6. Gosto de me sentir livre	1	2	3	4	5
7. Controlo o ambiente em que vivo	1	2	3	4	5
8. Aceito o meu passado	1	2	3	4	5
9. Sei viver o momento presente	1	2	3	4	5
10. Tenho projetos para o futuro	1	2	3	4	5
11. Espero evoluir cada vez mais	1	2	3	4	5
12. Sinto-me uma pessoa feliz	1	2	3	4	5
13. Luto pelo meu bem-estar	1	2	3	4	5
14. Considero-me uma pessoa alegre	1	2	3	4	5
15. Sinto-me satisfeito com a vida	1	2	3	4	5
16. Tenho conseguido atingir os meus objetivos	1	2	3	4	5
17. Considero-me uma pessoa cheia de esperança	1	2	3	4	5
18. Tenho bastante sentido de humor	1	2	3	4	5

ANEXO V – Diploma do Curso da Risoterapia

Laughter Yoga International University



Certified Laughter Yoga Leader

This is to certify that ISABEL VILORA
has successfully completed the required training under my guidance and has demonstrated competence by understanding the concept, developing skills of unconditional laughter based on Hasya Yoga (Yogic Laughter) and having the knowledge of "Inner Spirit of Laughter" as initiated and taught by Dr. Madan Kataria M.D.

Dr. Madan Kataria
Founder

Date 7.9.2014



Laughter Yoga Teacher

Place Porto

